



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 08-ago-2025

Fecha Validación: 11-ago-2025

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO MORA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MUÑOZ | NOMBRES DIANA MIREYA |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 23562178 | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M. | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 3 MES NOV AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 65A N. 105F-21 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3016239246 EMAIL dianis_1103@hotmail.com |

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO BACHILLER ACADEMICO | | | | | |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|----------------------------|-----------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | | | |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES | DICIEMBRE | | AÑO | 2001 | |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| GESTION PARA LA SOSTENIBILIDAD | SENA | 2018 | 48 |
| PROFUNDIZACIÓN TÉCNICA EN ANÁLISIS DE | SENA | 2018 | 440 |
| EXCEL BASICO | SENA | 2018 | 40 |
| ANALISIS DE ESTADOS FINANCIEROS | UNIAPEL | 2009 | 48 |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 11/08/2025 09:54:39

1604395

Documento electrónico: Odd040ebcbb84a01e350b1b87876b308249896f8e88cf6a8e598bece645525b8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 08-ago-2025

Fecha Validación: 11-ago-2025

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|--------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD IPS GOLEMAN SERVICIO INTEGRAL | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cuentas.cartera@ipsgoleman.com.co | |
| TELÉFONOS 6017944011 | FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ANALISTA CUENTAS MEDICAS | DEPENDENCIA CARTERA | DIRECCIÓN IPS GOLEMAN | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD thumano@subredsuoccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3753569 | FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 11 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO I | DEPENDENCIA DIRECCION FINANCIERA | DIRECCIÓN CRA 59 N.14-44 UPA 11 | |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 11/08/2025 09:54:39

1604395

Documento electrónico: Odd040ebcbb84a01e350b1b87876b308249896f8e88cf6a8e598bece645525b8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 08-ago-2025

Fecha Validación: 11-ago-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD thumano@subredsuroccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3753569 | FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO I | DEPENDENCIA DIRECCION FINANCIERA | DIRECCIÓN CRA 59 No.14-44 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD MEDICAL S.A.S. | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS 3183383681-7442565 | FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 5 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 1 AÑO 2018 | |
| CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE GLOSAS | DEPENDENCIA CARTERA Y GLOSAS | DIRECCIÓN CALLE 36 SUR No 77-33 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|---|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD OPTIRAYO | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD yra1420@hotmail.com | |
| TELÉFONOS 035266 | FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 4 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2016 | |
| CARGO O CONTRATO ASISTENTE ADMINISTRATIVA Y | DEPENDENCIA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ARCHIVO | DIRECCIÓN CENTRO COMERCIAL LOS ANGELES | |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 11/08/2025 09:54:39

1604395

Documento electrónico: Odd040ebcbb84a01e350b1b87876b308249896f8e88cf6a8e598bece645525b8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 08-ago-2025

Fecha Validación: 11-ago-2025

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|---|--|
| EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD thumano@subredsuroccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 7560505 | FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 2 AÑO 2014 | | FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2015 |
| CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ARCHIVO Y GESTION | DEPENDENCIA GESTION DOCUMENTAL | DIRECCIÓN CARRERA 106No. 15A-36 USS FONTIBON | |

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| Privada | 3 | 7 |
| Pública | 8 | 3 |
| Total | 9 | 4 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 08-ago-2025

Fecha Validación: 11-ago-2025

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 08-ago-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DIANA MIREYA MORA MUÑOZ 08/08/2025 16:17:03
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS