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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-ago-2025

Fecha Validación: 22-ago-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PARRADO	CASTILLO	LUZ ADRIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1072496106	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 5 MES ABR AÑO 1995

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Fusagasugá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

tv 77 g bis d 71 a sur 67

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3132250060

EMAIL a.l567@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 BASICA											TITULO bachiller tecnico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2012
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	5	2025	68494
Formación técnica	3	X		Técnica profesional en enfermería	9	2014	1072496106

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 22/08/2025 11:36:07

Documento electrónico: a5e4b2f984621d3d89688cc26e106e5da3a9eae53d06625aea7d03548022763

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

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Administración de Medicamentos	MEDICOS CERTIFICADOS SAS	2024	48
Soporte Vital Básico - BLS	MEDICOS CERTIFICADOS SAS	2024	48
Atención a Víctimas de Ataques con Agentes	MEDICOS CERTIFICADOS SAS	2024	48
Toma, Conservación y Transporte de Muestras	MEDICOS CERTIFICADOS SAS	2024	48
Vacunación - PAI - Programa Ampliado de	MEDICOS CERTIFICADOS SAS	2024	48
Atención a Víctimas de Violencia Sexual con	MEDICOS CERTIFICADOS SAS	2024	48
ADMINISTRACION SEGURA DE	SABERSALUD CENTRO DE FORMACION EN	2021	40
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES	SABERSALUD CENTRO DE FORMACION EN	2021	40
ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICOS SEGUN	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2021	10
Atención Materno perinatal en pandemia	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	20
Manejo del Duelo por COVID-19	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	15
ATENCIÓN DIFERENCIAL EN SALUD A	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	24
Abordaje del paciente afectado por las arbovirosis	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	40
SEGURIDAD SOCIAL Y ATENCIÓN AL	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	100
CURSO PRIMER RESPONDIENTE VIRTUAL	Urgencias y Emergencias en Salud y Gestión de	2021	16
BIOSEGURIDAD	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	30
Promotores del Cuidado (Acciones de Cuidado -	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2021	5
ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	90
LAVADO DE MANOS	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	10
MANEJO DE RESIDUOS	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	34
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	34
PREVENCIÓN, CRITERIOS DE RIESGO Y	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	50
PAI WEB 2.0	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	5
RUTA INSTITUCIONAL PARA EL MANEJO DE	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	5
ICTUS	ANGELS	2021	10
MEJORA ATENCION ACCIDENTE	ANGELS	2021	10
PRIMER RESPONDIENTE PARA SALUD	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2021	10
PRIMEROS AUXILIOS	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2021	40
TOMA DE MUESTRAS	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2021	20
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2021	40
VACUNACION CONTRA EL COVID-19	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	10
Primer Respondiente ¡Gente que ayuda!	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá , Cuerpo de	2021	15
MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL	EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2021	48
JORNADA DE CAPACITACIÓN PARA LA	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2021	4
SOPORTE VITAL BÁSICO	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2020	20

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 22/08/2025 11:36:07

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Simposio Virtual Regional de Actualizacion en	LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA	2020	4
BIOSEGURIDAD	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá CDEIS	2020	30
LABORATORIO CLINICO	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2018	40
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2018	20
GESTORES DE CONTROL DEL RIESGO EN	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2018	80
SOPORTE VITAL BASICO	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2018	20
ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2018	60
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2018	20
FORMACION DE CONSEJEROS ZONALES PARA	HOSPITAL PABLO VI BOSA	2015	8
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION	FUSDESA	2015	50
LABORATORIO CLINICO	FUSDESA	2015	20
DIPLOMADO EN URGENCIAS	PREDESALUD	2015	160
SOPORTE VITAL BASICO	PREDESALUD	2015	20

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 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* adriparradocastillo@gmail.com
TELÉFONOS 3202419366	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* NA		*DIRECCIÓN* TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 22/08/2025 11:36:07

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adriparradocastillo@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 1 MES 2 AÑO 2023	DIA 31 MES 1 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	NA	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adriparradocastillo@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 1 MES 2 AÑO 2022	DIA 31 MES 1 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	NA	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adriparradocastillo@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 1 MES 2 AÑO 2021	DIA 31 MES 1 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	NA	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 22/08/2025 11:36:07

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adriparradocastillo@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 1 MES 2 AÑO 2020	DIA 31 MES 1 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	NA	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adriparradocastillo@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 5 MES 3 AÑO 2019	DIA 31 MES 1 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	NA	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adriparradocastillo@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 1 MES 2 AÑO 2019	DIA 3 MES 3 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	NA	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 22/08/2025 11:36:07

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adriparradocastillo@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 1 MES 2 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	NA	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ADRIPARRADOCASTILLO@GMAIL.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 19 MES 7 AÑO 2017	DIA 31 MES 1 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO LABORAL AUXILIAR DE	1	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adriparradocastillo@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3202419366	DIA 1 MES 1 AÑO 2016	DIA 15 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO LABORAL AUXILIAR DE	1	TV 77 G BIS D 71 A 67 SUR

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 22/08/2025 11:36:07

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-ago-2025

Fecha Validación: 22-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	defensajudicial@subredsuroccidente@gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5550950	DIA 1 MES 6 AÑO 2015	DIA 31 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TÉCNICO LABORAL AUXILIAR DE	NINGUNA	Calle 10 No. 86-58

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	0	0
Pública	9	3
Total	9	3

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 22/08/2025 11:36:07

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 16-ago-2025

Fecha Validación: 22-ago-2025

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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. - 16-ago-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LUZ ADRIANA PARRADO CASTILLO 16/08/2025 12:12:53
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

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 22/08/2025 11:36:07