



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: 29-jul-2025

Fecha Validación: 29-jul-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MENDIVELSO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONTEALEGRE	NOMBRES LAURA MELISSA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1026599606	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 18 MES OCT AÑO 1999 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 67 SUR 81 G 76 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4685068 EMAIL mendivelsolaura@javeriana.edu.co

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 Académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2016

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Maestría	4	X	MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA	12 2023	1026599606
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12 2020	1026599606

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/07/2025 11:21:21

1598167

Documento electrónico: 6607153380f8f08bcd52bb88d0b8604611cd13e3c1d223b5a7ff5aca3568e0
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: 29-jul-2025

Fecha Validación: 29-jul-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso Virtual Vacunación contra el COVID-19 para	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá	2021	10
Curso Abordaje Integral a Víctimas De Violencia	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá	2021	70
Capacitación en vacunación COVID-19 para	Organización Mundial de la Salud	2021	6
Simposio Latinoamericano Nuevas Guías	Grupo Colombiano de Emergencias.	2021	3
Curso Soporte Vital Básico (BLS) y Manejo del	Sabersalud Centro De Formación en Salud	2021	20
Curso Soporte Vital Avanzado (ACLS).	Sabersalud Centro De Formación en Salud.	2021	48
Curso Virtual Transfusión Segura de	Hospital San Vicente Fundación.	2021	4
Curso Virtual Higiene de manos y manejo de	Hospital San Vicente Fundación.	2021	1
Curso Virtual Abordaje Integral en Salud Mental	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá	2020	60

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Correspondencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DÍA 10 MES 2 AÑO 2025		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV	EBEH	AV SUBA 106A 47	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/07/2025 11:21:21

1598167

Documento electrónico: 6607153380f8f08bcd52bb88d0b8604611cd13e3c1d223b5a7ff5aca3568e0
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: 29-jul-2025

Fecha Validación: 29-jul-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 contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3849160	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 8 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 2 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Enfermera Profesional	DEPENDENCIA PIC ENTORNO HOGAR	DIRECCIÓN KR 98 16H 93	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD COMPENSAR EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notiene@gmail.com	
TELÉFONOS 4441234	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 9 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 8 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Enfermera Profesional	DEPENDENCIA Promocion y Mantenimiento de la salud	DIRECCIÓN carrera 45 # 118-59	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notiene@gmail.com	
TELÉFONOS 5946161	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 1 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 9 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Enfermera Profesional	DEPENDENCIA Servicios Hospitalarios	DIRECCIÓN Carrera 7 #45-72	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/07/2025 11:21:21

1598167

Documento electrónico: 6607153380f8f08bcd52bb88d0b8604611cd13e3c1d223b5a7ff5aca3568e0
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: 29-jul-2025

Fecha Validación: 29-jul-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD COMPENSAR EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notiene@gmail.com	
TELÉFONOS 4441234	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 7 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 1 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Enfermera Profesional	DEPENDENCIA Promocion y Mantenimiento	DIRECCIÓN Calle 44 Bis a sur #68b 18	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notiene@gmail.com	
TELÉFONOS 6621111	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 3 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 7 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO ENFERMERA PROFESIONAL	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN CRA 104 #152-50	

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	2	0
Pública	2	4
Total	4	4

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/07/2025 11:21:21

1598167

Documento electrónico: 6607153380f8f08bcd52bb88d0b8604611cd13e3c1d223b5a7ff5aca3568e0
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 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: 29-jul-2025

Fecha Validación: 29-jul-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. - 29-jul-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

LAURA MELISSA MENDIVELSO MONTEALEGRE 29/07/2025 10:55:32

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: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/07/2025 11:21:21