



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: 26-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VILLA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MANCILLA	NOMBRES MONICA MORLEY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 36451737	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 13 MES SEP AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Magdalena CIUDAD Aracataca		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 81 N° 90-68 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4658686 EMAIL movima0913@hotmail.es

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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller Comercial
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES NOVIEMBRE AÑO 1996

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
Universitaria	9	X	ENFERMERIA	5 2009	33520

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS	STELLA VITAE S.A.S	2021	40
FUNDAMENTOS EN LA ADMINISTRACION DE	STELLA VITAE S.A.S	2021	40

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 02/12/2025 14:08:44

1678720

Documento electrónico: dc4b5478d23e624254bdd4e0b54a1b9eccc4dbd1f88c3ff69be72de6a259ebb2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 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: 26-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	STELLA VITAE S.A.S	2021	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA	2020	50

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 Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano9subrednorte@gmail.com	
TELÉFONOS 3499080	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 2 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA UNIDAD DE SALUD MENTAL		DIRECCIÓN AV SUBA # 106-45

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD BB	
TELÉFONOS 304552563	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 7 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Medicina Interna		DIRECCIÓN 14b #1-45 sur

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 02/12/2025 14:08:44

1678720

Documento electrónico: dc4b5478d23e624254bdd4e0b54a1b9eccc4dbd1f88c3ff69be72de6a259ebb2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 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: 26-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-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 4480700	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 2 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 2 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Sala de Partos	DIRECCIÓN Transversal 74 f N° 40B-54 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Simón Bolívar	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano9subrednorte@gmail.com	
TELÉFONOS 3499080	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 12 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 10 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN CALLE 165 N° 7-06	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA CANDELARIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no	
TELÉFONOS 5968690	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 8 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 11 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN CARRERA 29 N° 63A-11 SUR	

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 02/12/2025 14:08:44

1678720

Documento electrónico: dc4b5478d23e624254bdd4e0b54a1b9eccc4dbd1f88c3ff69be72de6a259ebb2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 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: 26-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-2025

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	1	3
Pública	10	11
Total	12	2

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. - 26-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
MONICA MORLEY VILLA MANCILLA 26/11/2025 23:03:31
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: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 02/12/2025 14:08:44

1678720

Documento electrónico: dc4b5478d23e624254bdd4e0b54a1b9eccc4dbd1f88c3ff69be72de6a259ebb2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4