



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-ene-2026

Fecha Validación: 29-ene-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MEDINA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONTEALEGRE	NOMBRES PATRICIA YULIER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 35394172	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 22 MES MAY AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 7f no 12b 12 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Mosquera TELEFONO 3128058038 EMAIL patriciamedina2225@gmail.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 EN SALUD Y NUTRICION			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1999

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	RESCUE	2020	48
SOPORTE VITAL AVANZADO	RESCUE	2020	48
CODIGO BLANCO	ANGELES DE LA SALUD	2020	40
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ADMISALUD	2007	1800

Firma electronica validador: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 29/01/2026 10:59:26

1734299

Documento electrónico: c02d37ef5797a12c36fdffc40c37dfaceeb419115921b423b92b5e43bfcc7059
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-ene-2026

Fecha Validación: 29-ene-2026

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 Sur Occidente E.S.E.		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		contactenos@subredsuoccidente.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
6013849160	DIA 9	MES 12	AÑO 2024	DIA 31	MES 12	AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ATENCION PREHOSPITALARIA		CALLE 9 39 46			

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.		contactenos@subredsuoccidente.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
6013849160	DIA 18	MES 8	AÑO 2024	DIA 6	MES 12	AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD MENTAL		CALLE 9 39 46			

Firma electronica validador: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 29/01/2026 10:59:26

1734299

Documento electrónico: c02d37ef5797a12c36fdffc40c37dfaceeb419115921b423b92b5e43bfcc7059
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-ene-2026

Fecha Validación: 29-ene-2026

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.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013849160	DIA 3 MES 3 AÑO 2022		DIA 12 MES 8 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ENFERMERIA	PROGRAMA SALUD MENTAL	CL 9 39 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	radicacionmediosselectronicos@subredcentrooriente.	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013282828	DIA 26 MES 11 AÑO 2021		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ATENCION PREHOSPITALARIA	DG 34 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017428585	DIA 1 MES 5 AÑO 2021		DIA 30 MES 9 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APH	KR 20 47 B 35 SUR	

Firma electronica validador: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 29/01/2026 10:59:26

1734299

Documento electrónico: c02d37ef5797a12c36fdffc40c37dfaceeb419115921b423b92b5e43bfcc7059
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-ene-2026

Fecha Validación: 29-ene-2026

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 E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 6 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AMBULANCIA	DIRECCIÓN CRA 20 # 55 44	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS S.A	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.lineamedicadeambulancias.com.co	
TELÉFONOS 2631900	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 10 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 8 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AMBULANCIA	DIRECCIÓN Cra. 81d ##25b-49, Bogotá	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD VID MEDICA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD unidadcronicoshlv@gmail.com	
TELÉFONOS 7572581	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 3 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 10 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AMBULANCIA	DIRECCIÓN DIG 85 # 85 09	

Firma electronica validador: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 29/01/2026 10:59:26

1734299

Documento electrónico: c02d37ef5797a12c36fdffc40c37dfaceeb419115921b423b92b5e43bfcc7059
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-ene-2026

Fecha Validación: 29-ene-2026

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	4
Pública	5	5
Total	8	10

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-ene-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE 29/01/2026 10:56:27
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: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 29/01/2026 10:59:26