



# 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: 12-ene-2026

Fecha Validación: 28-ene-2026

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DELGADO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GARAY	NOMBRES MELISSA TATIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1007101435	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 17 MES OCT AÑO 2000 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 77 A 8 D 44 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3014688730 EMAIL tatianadelgado2817@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					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2018	

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
soporte vital basico	MEDICENTER	2025	45
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA	MEDICENTER	2025	45
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON	MEDICENTER	2025	45
GESTIÓN DEL DUELO	MEDICENTER	2025	45
DIPLOMADO DE ONCOLOGIA	IDEAS MEDICAS AVANZADAS	2021	159

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 28/01/2026 15:46:48

1718378

Documento electrónico: e57c828a7b692b781295349e04e631684e42cebac677fdfae2e33919ebba5208  
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: 12-ene-2026

Fecha Validación: 28-ene-2026

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Auxiliar de enfermería	Fundacion de socorristas desarrollo y accion	2020	1800
INGLES MEDIA FORTALECIDA	GULLERMO LEON VALENCIA	2018	230

## 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
inglés	X			X			X		

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 CLINICA MEDICAL	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coor.servicioalcliente@clinicamedical.com.co	
TELÉFONOS 6017442565	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA N/A	DIRECCIÓN Cra. 1c Este #75 Sur15	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccionth@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="10"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA N/A	DIRECCIÓN Av. 1 de Mayo #8a-58	

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 28/01/2026 15:46:48

1718378

Documento electrónico: e57c828a7b692b781295349e04e631684e42cebac677fdfae2e33919ebba5208  
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: 12-ene-2026

Fecha Validación: 28-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 PROYECTAR SALUD S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD PS.SOLISITUDES VACUNACION@GMAIL.COM	
TELÉFONOS 3503189940	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 5 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 9 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE VACUNACION	DEPENDENCIA 16 MESES	DIRECCIÓN CL 25G #84A -61	

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	6
Pública	1	2
Total	2	8

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 28/01/2026 15:46:48

1718378

Documento electrónico: e57c828a7b692b781295349e04e631684e42cebac677fdfae2e33919ebba5208  
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: 12-ene-2026

Fecha Validación: 28-ene-2026

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. - 12-ene-2026  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
MELISSA TATIANA DELGADO GARAY 12/01/2026 15:41:34  
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: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 28/01/2026 15:46:48

1718378

Documento electrónico: e57c828a7b692b781295349e04e631684e42cebac677fdfae2e33919ebba5208  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4