



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-jun-2026

Fecha Validación: 16-jun-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TORRES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ORTIZ	NOMBRES LEIDY PAOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1030566784	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES DIC AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 98A 15A 70 TO 11 AP 103 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9246436 EMAIL paito.2617.pt@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller en Tecnología. Modalidad: Salud y
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										☒	MES DICIEMBRE AÑO 2006

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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD		4	2021	37210
Universitaria	10	X		ENFERMERÍA		8	2012	37210

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 16/06/2026 11:01:31

1772665

Documento electrónico: 82e44c166452874c9fc3de68118c0def3b493dee6462bc5ae8acb164a5fe4972
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 6



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-jun-2026

Fecha Validación: 16-jun-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2022	48
Curso de Atencion Integral a Victimas de Violencia	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2022	80
Protocolos en Toma de Muestras de Laboratorio	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2022	60
Anticoncepcion con Enfasis en Implante	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2022	60
Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2021	120
Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2021	48
Implante Subdermico y Dispositivo Intrauterino DIU	Centro Superior ESAT SAS	2020	40
Implante Subdérmico Jadelle	Centro Superior ESAT SAS	2020	40
Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual	Centro Superior ESAT SAS	2020	40
Toma de Citología Cérvico Uterino	Centro Superior ESAT SAS	2020	40
Asesoría y Prueba Voluntaria VIH	Centro Superior ESAT	2020	40
Planificación Familiar	Centro Superior ESAT SAS	2020	40
Lactancia Materna Esencial	Edulacta	2019	2
Enfermería y la Seguridad del Paciente	University of Miami	2019	80
Enfermería Cuidado del Paciente en Situación de	Universidad Manuela Beltran	2012	120

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
español (o castellano)			X			X			X

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico Comenzando por el Actual

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 16/06/2026 11:01:31

1772665

Documento electrónico: 82e44c166452874c9fc3de68118c0def3b493dee6462bc5ae8acb164a5fe4972
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



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-jun-2026

Fecha Validación: 16-jun-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 Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	radicacionmedios electronicos@subredcentrooriente.	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013282828	DÍA 18 MES 5 AÑO 2023		DÍA 30 MES 7 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Líder Operativo Planeación de la Atención	Dirección de Servicios Ambulatorios	Diagonal 34 N° 5 - 43	

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.	subredsuoccidenteseleccion@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3756579	DÍA 16 MES 9 AÑO 2021		DÍA 22 MES 1 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera Profesional	Ruta Cardio Cerebrovascular y Metabolico	Calle 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clínica Nuestra Señora de la Paz		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	comunicaciones@cllapaz.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2921277	DÍA 17 MES 3 AÑO 2020		DÍA 5 MES 10 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera jefe asistencia	Enfermería	Kr 69 N° 12 - 75	

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 16/06/2026 11:01:31

1772665

Documento electrónico: 82e44c166452874c9fc3de68118c0def3b493dee6462bc5ae8acb164a5fe4972
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 6



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-jun-2026

Fecha Validación: 16-jun-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	
E.S.E Hospital San Vicente de Paul – San Juan de Rioseco		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	San Juan De Rioseco		hospitalsjr@gmail.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3148749127	DIA 22	MES 1 AÑO 2018	DIA 30	MES 10	AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Jefe enfermera PIC	Enfermería		CL 4 No. 1-52		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
Dispensario Medico Escuela Militar de Cadetes Jose Maria Cordoba		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		atencion.ciudadano@esmic.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3212772622	DIA 10	MES 2 AÑO 2017	DIA 31	MES 8	AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Enfermera Servicio Prioritario	Enfermería		CALLE 80 NO. 38 - 00		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
Outsourcing y Temporales OTEM S.A.S			X	Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		servicioalcliente@otem.com.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3212019775	DIA 15	MES 7 AÑO 2015	DIA 2	MES 2	AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Asociacion Gremial Critical UCI Group	Enfermería		Carrera 21 No. 86A - 24		

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 16/06/2026 11:01:31

1772665

Documento electrónico: 82e44c166452874c9fc3de68118c0def3b493dee6462bc5ae8acb164a5fe4972
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



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-jun-2026

Fecha Validación: 16-jun-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 Hospital Universitario Clínica San Rafael	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD http://www.clinicasanrafael.com.cohttp://www.	
TELÉFONOS 3282300	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 9 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 7 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Enfermera Servicio de Urgencias Pediátricas	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Carrera 8 # 17-45 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ESE Hospital Lorencita Villegas de Santos	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Samaniego	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comunicaciones@lorencitavdesantos.gov.co	
TELÉFONOS 3167203657	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 9 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 9 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Enfermera Servicio Social Obligatorio	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Cr6 A 6-04	

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	11
Pública	5	10
Total	8	10

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 16/06/2026 11:01:31

1772665

Documento electrónico: 82e44c166452874c9fc3de68118c0def3b493dee6462bc5ae8acb164a5fe4972
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 6



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-jun-2026

Fecha Validación: 16-jun-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-jun-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LEIDY PAOLA TORRES ORTIZ 12/06/2026 11:29:01
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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 16/06/2026 11:01:31

1772665

Documento electrónico: 82e44c166452874c9fc3de68118c0def3b493dee6462bc5ae8acb164a5fe4972
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 6