



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: 16-ene-2023

Fecha Validación: 19-abr-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VALVERDE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LEMUS	NOMBRES KATHERIN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033763722	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES MAR AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 53 SUR 34 46 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3134368374 EMAIL kathee.kvl@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 2011

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
tecnico auxiliar en enfermeria	ingabo	2012	5800



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: 16-ene-2023

Fecha Validación: 19-abr-2023

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 ESTRUCTURA DE 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.	talentohumanocercadeti@subredcentrooriente.gov.co				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3282828	DIA 10	MES 10	AÑO 2022	DIA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
auxiliar en enfermería	salud	34 N° 5 - 43				

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.	certificacionesops@subrednorte.gov.co				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
4431790	DIA 4	MES 6	AÑO 2020	DIA 20	MES 7	AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
auxiliar en enfermería	subred norte	cl 66 # 15- 41				

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
EMTELCO		X	Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	NOTIENE@CORREO.COM				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
4863500	DIA 1	MES 2	AÑO 2020	DIA 7	MES 5	AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
CREADOR DE EXPERIENCIA	CALL CENTER	CL 14 52 A 174				



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: 16-ene-2023

Fecha Validación: 19-abr-2023

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 AMERICAS BPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NOTIENE@CORREO.COM	
TELÉFONOS 4100400	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 5 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 7 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO AGENTE CALL CENTER	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN Av. El Dorado 85D-55 Local 149 D	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ENFERSALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.enfersalud24horas.com	
TELÉFONOS 7042160	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 4 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO auxiliar en enfermería	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN Calle 79 18-34 OFICINA. 308	

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	6
Pública	2	7
Total	5	2



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: 16-ene-2023

Fecha Validación: 19-abr-2023

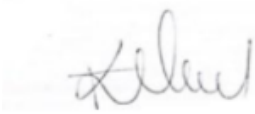
5

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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 16-ene-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento


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