



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: 21-dic-2024

Fecha Validación: 27-dic-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTIBLANCO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ	NOMBRES EMILY YURANY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 53053223	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 23 MES MAY AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 78 N 11 C PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3028552305 EMAIL castiblanco ramirez@hotmail.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 Académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2001	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO (BLS)	INNOVASALUD	2024	45
GESTION DEL DUELO (GD)	INNOVASALUD	2024	45
ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON	INNOVASALUD	2024	45
Programa Amplio de Inmunizacion (PAI)	Innova Salud	2024	45
Atencion A Victimas de Violencia y Abuso Sexual (Innova Salud	2024	45

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 27/12/2024 22:58:47

1453165

Documento electrónico: 4fb2ec8604c963b91d9c80b23b86422f5e3c1956b1e188e4000045ceb645360a
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: 21-dic-2024

Fecha Validación: 27-dic-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Entrenamiento para la Vacunación del Covid 19 en	Universidad de los Andes	2021	12
Atención A Víctimas De Violencia Sexual	Asociación AJUDISP	2020	20
Soporte Vital Avanzado	INSTITUTO NACIONAL DE BRIGADISTAS	2019	48
Soporte Vital Básico	Instituto De Tecnología Sanitaria	2019	10
Técnico Auxiliar De Enfermería	La Escuela De Salud San Pedro Claver	2007	1800
Auxiliar De Laboratorio Clínico	La Escuela De Salud San Pedro Claver	2007	200

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
Deoutsourcing S.A.S		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	maya@outsourcing.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6016000222	DÍA 1 MES 3 AÑO 2023		DÍA 19 MES 5 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Enfermería	Famisanar	Calle 31 B 14 25	

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 27/12/2024 22:58:47

1453165

Documento electrónico: 4fb2ec8604c963b91d9c80b23b86422f5e3c1956b1e188e4000045ceb645360a
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: 21-dic-2024

Fecha Validación: 27-dic-2024

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 GOLEMAN	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.goleman.com.co	
TELÉFONOS 7503222	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 6 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 9 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Auxiliar De Enfermeria	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN Carrera 35 Bis N 58 - 69	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD On Life Experts Colombia	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Medellín	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.expertscolombiasas.com.co	
TELÉFONOS 3565471	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 3 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 7 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN Carrera 55 # 66 11 Piso 7 CC Aventura	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Health Y Life IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contacto@hlips.com.co	
TELÉFONOS 3504185655	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 7 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 3 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN Carrera 66 N° 67 20 g Bogota	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 27/12/2024 22:58:47

1453165

Documento electrónico: 4fb2ec8604c963b91d9c80b23b86422f5e3c1956b1e188e4000045ceb645360a
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: 21-dic-2024

Fecha Validación: 27-dic-2024

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	4
Pública	0	0
Total	1	4

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. - 21-dic-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
EMILY YURANY CASTIBLANCO RAMIREZ 21/12/2024 14:05:45
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 CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 27/12/2024 22:58:47

1453165

Documento electrónico: 4fb2ec8604c963b91d9c80b23b86422f5e3c1956b1e188e4000045ceb645360a
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4