



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: 18-dic-2024

Fecha Validación: 18-dic-2024

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GONZALEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CAMACHO	NOMBRES NIDI ISABEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1012327738	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES OCT AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cl 56D sur 87A 41 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3123409991 EMAIL isabellagon7@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 academica			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2004

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
Universitaria	8	X	TRABAJO SOCIAL	5 2020	1012327738

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	ESCUELA DE SALUD FUSDESA	2008	1800

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 18/12/2024 14:39:48



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: 18-dic-2024

Fecha Validación: 18-dic-2024

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 ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO													
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS					
Hospital Niña María de Caloto ESE Norte 2				X				Colombia					
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
Cauca		Caloto				hoscalott@telecom.com,							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
55555445		DIA 15		MES 6		AÑO 2024		DIA 15		MES 10		AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN							
TRABAJADORA SOCIAL		ASISTENCIAL				KR 5 10							

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.				ISABELLAGON7@GMAIL.COM							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
3204843556		DIA 1		MES 1		AÑO 2024		DIA 31		MES 5		AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN							
trabajadora social		salud publica				CL 56 D SUR 87 A 41							



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: 18-dic-2024

Fecha Validación: 18-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	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.	isabellagon7@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3204843556	DÍA 1 MES 2 AÑO 2023		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
prestacion de servicios	salud publica	cl 19 34 94	

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.	SUBREDSUROCCIDENTE @.GOV.CO	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5555555	DÍA 11 MES 7 AÑO 2021		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
TRABAJADORA SOCIAL	GESTION DEL RIESGO	CL 19 A 34 94	

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.	subredsuroccidenteseleccion, seleccion.persona	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5551347	DÍA 18 MES 5 AÑO 2021		DÍA 11 MES 7 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	GESTION DEL RIESGO	CL 19 A 34 94	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 18/12/2024 14:39:48



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: 18-dic-2024

Fecha Validación: 18-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		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.		subredsuroccidenteseleccion, seleccion.persona			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
5551347	DIA 1	MES 2	AÑO 2021	DIA 30	MES 4	AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
AUXILIAR DE ENFERMERIA	GESTION DEL RIESGO		CL 19 A 34 94			

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.		subredsuroccidenteseleccion, seleccion.persona			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
5551347	DIA 11	MES 12	AÑO 2020	DIA 31	MES 1	AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
AUXILIAR DE ENFERMERIA	GESTION DEL RIEGO		CL 19 A 34 94			

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
asociación kombilesa			X	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		OKOMBILESA@GMAIL.COM			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
3004804515	DIA 27	MES 1	AÑO 2019	DIA 7	MES 1	AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
tecnico administrativo	administrativo		000			

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 18/12/2024 14:39:48



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: 18-dic-2024

Fecha Validación: 18-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	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
7560505	DÍA 1 MES 6 AÑO 2018		DÍA 23 MES 9 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de enfermería	Gestión del Riesgo	Calle 9 No. 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.	SUBREDSUROCCIDENTE @.GOV.CO	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5551347	DÍA 1 MES 6 AÑO 2018		DÍA 29 MES 9 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	GESTION DEL RIESGO	CL 19 A 34 94	

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.	subredsur@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7777777	DÍA 1 MES 6 AÑO 2017		DÍA 30 MES 6 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar en enfermería	publica	kr 20 47b 36 sur	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 18/12/2024 14:39:48

1451007

Documento electrónico: a2e417ffde2178ed2059b206381418dc7f9b4ae78975c0dac99535e5e8f9d627
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 7



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: 18-dic-2024

Fecha Validación: 18-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	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.	subredintegradacentrooriente@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7777777	DÍA 2 MES 2 AÑO 2014		DÍA 3 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar en enfermería	publica	dg 34 4 35	

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	0	11
Pública	8	1
Total	9	1



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: 18-dic-2024

Fecha Validación: 18-dic-2024

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. - 18-dic-2024

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

NIDI ISABEL GONZALEZ CAMACHO 18/12/2024 12:37:58

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 18/12/2024 14:39:48