



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: 30-ene-2025

Fecha Validación: 03-feb-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GASTELLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SERNA	NOMBRES MICHAEL HUMBERTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 80143791	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 80143791 D.M. 59		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 16 MES MAY AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 77 L #70-28 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4831931 EMAIL michaelgastello59@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 ACADEMICO			
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
ATENCIÓN A PACIENTES VÍCTIMAS DE	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ÁNGELES DE	2020	40
SOPORTE VITAL BÁSICO B.L.S	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ÁNGELES DE	2020	40
TOMA DE LABORATORIOS	ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA	2019	20
TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA	2016	1800

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 03/02/2025 11:02:26

1493562

Documento electrónico: 4e17151dd3e516a4d5d194b932ce4e1b84489ca20b767fb8aa48540b794bdaa
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



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: 30-ene-2025

Fecha Validación: 03-feb-2025

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 Clinica Medical	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD asistencialentohumano@clinicamedical.com.co	
TELÉFONOS 7442565	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 2 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Av carrera 66 A 4 G 86 Barrio la Pradera	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CLINICA SHAIO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@shaio.org	
TELÉFONOS 5938210	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 5 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 17 MES 7 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ORIENTADOR	DEPENDENCIA EMPLEADO	DIRECCIÓN DIAG 115A # 70C- 75	

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

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 03/02/2025 11:02:26

1493562

Documento electrónico: 4e17151dd3e516a4d5d194b932ce4e1b84489ca20b767fb8aa48540b794bdaa
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



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: 30-ene-2025

Fecha Validación: 03-feb-2025

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	11
Pública	0	0
Total	1	11

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. - 30-ene-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
MICHAEL HUMBERTO GASTELLO SERNA 30/01/2025 15:33:39
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: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 03/02/2025 11:02:26

1493562

Documento electrónico: 4e17151dd3e516a4d5d194b932ce4e1b84489ca20b767fb8aa48540b794bdaa
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3