

¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en		Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C. ▾	1082925023	SANTA MARTA		2008/12/17	15/07/2025, 0
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
CASTELLANO	RIOS	KIARA	CECILIA	Seleccionar archivo	
Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra	
Mujer ▾	Soltero(a) ▾	O+ ▾	Colombiano ▾		
Fecha de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
1990/10/22		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Dirección de Residencia		Departamento de Residencia		Municipio de Residencia	
KRA 4 # 122 A - 137 LA PAZ		MAGDALENA ▾		877 ▾	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico	
3005956724		3005956724		kiaracastellanosrios@gmail.com	

Formación Académica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	MANANTIAL DE TERNURA

Formación Académica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
MONTERIA	IED LICEO GUILLERMO VALENCIA

Formación Académica (Técnica - Tecnólogo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Universitaria ▾	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE C	2013

Formación Académica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Título Obtenido (Postgrado):
		⬆

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. Dirigir la activación del plan de emergencias conforme a las condiciones de expansión de los distintos servicios (código azul)

2. Mantener canal de comunicación permanente con el líder de proceso o supervisora

3. Presentar informe de los indicadores de Enfermería mensual y trimestral a la líder de proceso o supervisora.

4. Elaborar el diagnóstico situacional del servicio basado en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; realizar

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:

Cargo o perfil:

Fecha de Inicio:

Fecha de Fin:

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ B.

ENFERMERA DE APOYO

2024/05/09

2024/08/15

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:

Teléfono Referencia 1:

Parentesco:

JOHANNA VEGA RIOS

3156516899

Prima

Referencia Personal 2:

Teléfono Referencia 2:

Parentesco:

MARTHA CASTELLANOS

3005522423

Tía

Redes Sociales

Instagram:

Facebook:

X:

TikTok:

KIARACASTELLANOSR

KIARA CASTELLANOS

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS

AFP

ARL

EPS Famisanar

Porvenir

Positiva

- ☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.
- ☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2025.