



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.
Sideap 2.0
Última Actualización: 19-ago-2025
Fecha Validación: 19-ago-2025

1 **DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO CASTAÑEDA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ZAPATA	NOMBRES MARIA LILIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52645617	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 24 MES NOV AÑO 1973 PAÍS Colombia DEPTO Meta CIUDAD Mesetas		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 6 A ESTE 38 56 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3118761955 EMAIL lilicst2411@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	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	JULIO	2001

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
gestion de emociones y manejo del duelo v2	Subred de Servicios de Salud Sur ES.E.	2024	24
VICTIMAS DE VIOLENCIA CON ATAQUES DE TOMA DE MUESTRAS	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	40
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	40
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ	2024	40

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 19/08/2025 09:55:41



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: 19-ago-2025

Fecha Validación: 19-ago-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CURSO VITAL BASICO	ESAPRECRE	2024	40
tecnico de enfermeria	fusdesa	2009	1800

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3013810285	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 9 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ENFERMERIA	DIRECCIÓN CALLE 9 # 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD proteger asesorias	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no	
TELÉFONOS 3165611425	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 3 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 11 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA 150000	DIRECCIÓN cra 21 # 83 52	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 19/08/2025 09:55:41

1607341

Documento electrónico: 38e83feea98814c7bc55048318bd11633b31a91c0e939f10a668da5a73c5ef11
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: 19-ago-2025

Fecha Validación: 19-ago-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	2	9
Pública	2	11
Total	5	8

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. - 19-ago-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
MARIA LILIANA CASTAÑEDA ZAPATA 19/08/2025 09:52:38
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: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 19/08/2025 09:55:41

1607341

Documento electrónico: 38e83f6ea98814c7bc55048318bd11633b31a91c0e939f10a668da5a73c5ef11
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3