FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MEJIA	SEVERICHE	BETTY KARINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030537191

SEXO
F (X) M ( )

NACIONALIDAD
COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DIA [redacted] MES [redacted] AÑO [redacted]
PAÍS Colombia
DEPTO Sucre
CIUDAD Galeras

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
[redacted]
PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3213285431
EMAIL karinaseveriche20@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

Formación técnica	2	X	Técnico Profesional en Salud Oral	3	2011	1030537191

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN EST ICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

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 BASICA											TITULO	BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2005	
										X					

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
INTEGRIDAD TRASPARENCIA Y LUCHA	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	2024	20
ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGA DE LA	LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE	2023	90
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE	2023	40
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	2023	40
LIMPIEZA DE AREA Y SUPERFICIES	EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	2022	40
ACTUALIZACION EN RADIOPROTECION	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	2022	8
SEGURIDAD DEL PACIENTE	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	2022	20
CURSO DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	2022	8
PLATAFORMA ESTRATEGICA 2021 -2024	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	2022	2
ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA	2021	90
CODIGO DE INTEGRIDAD	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	2021	8
RESPONSABILIDAD SOCIAL	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	2021	8
AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO	INSTITUTO DE EDUCACION INGABO	2007	600

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

RADIOPROTECCION	LA CORPORACION LIDER DE LATINOAMERICA	2024	50
GESTION DE EMOCIONES Y MANEJO DEL	SUBREDSUR	2024	24

Firma electronica validador: null

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 23 MES 6 AÑO 2008	*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO	

Firma electronica validador: null

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -	ODONTOLOGIA	KR 47b 35 SUR

3 EXPERIENCIA LABORAL

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
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
GRUPO LABORAL HOSPITAL USME	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	grupo.laboral@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6176087	DIA 23 MES 6 AÑO 2008	DIA 15 MES 6 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	ODONTOLOGIA	KR 61 N0 100 56

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.SUBREDSUR.GOV.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7300000	DIA 23 MES 6 AÑO 2008	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO PROFESIONAL EN SALUD	SERVICIOS AMBULATORIOS	CENTRO DE SALUD DANUBIO

EMPLEO O CONTRATO

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.SUBREDSUR.GOV.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7300000	DIA 23 MES 6 AÑO 2008	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO PROFESIONAL EN SALUD	ODONTOLOGIA	CALLE 65 SUR #7D 90

Firma electronica validador: null

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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	0
Pública	17	4
Total	17	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI __ NO ____X 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. – 16 NOVIEMBRE 2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

1030537191

Firma electrónica:

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: null

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