



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTAÑO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SUAREZ	NOMBRES LEIDY JOHANNA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52859230	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 3 MES AGO AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 55 a 29-95 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9242107 EMAIL medleidy@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 ACADÉMICO					
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO					
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1999		

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	12	X	MEDICINA	6 2009	62116/01

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ACLS	IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD	2023	70
BLS	IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD	2023	45

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



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SUB RED SUR	2023	40
MANEJO INTEGRAL DEL DUELO	SUB RED CENTRO ORIENTE	2022	24
CUIDADO DE DONACION DE ORGANOS	IDEAS MEDICAS AVNAZADAS EN SALUD	2022	45
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA CON	SUB RED CENTRO ORIENTE	2022	6

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				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.			subcentrooriente@saludcapital.gov.co								
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
6013282828		DÍA	1	MES	2	AÑO	2022	DÍA	20	MES	12	AÑO	2022
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN							
Medico general		Urgencias				Diagonal 34N 5-43							

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



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 Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Subcentrooriente@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 2 AÑO 2021			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2022					
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA Urgencias			DIRECCIÓN Diagonal 34N 5-43					
EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Subcentrooriente@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 2 AÑO 2020			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2021					
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA Urgencias			DIRECCIÓN Diagonal 34 N 5-43					
EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 5 AÑO 2019			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2020					
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA urgencias			DIRECCIÓN Diagonal 34 N 5-43					

Firma electronica validador: null

22785

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

Página 3 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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 Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentroorinte@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 1 AÑO 2018			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2019					
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA URGENCIAS			DIRECCIÓN DIAGONAL 34 n 5 -43					
EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 1 AÑO 2017			FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2017					
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA Urgencias			DIRECCIÓN diagonal 34 N 5 -43					
EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2016			FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 1 AÑO 2017					
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA Urgencias adultos			DIRECCIÓN Diagonal 34 n 5 43					

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



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 Centro Oriente E.S.E.			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 1 AÑO 2015			FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2015		
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA URGENCIAS ADULTOS			DIRECCIÓN DIAGONAL34 N 5 43 SUR		
EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 1 AÑO 2014			FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2014		
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA Urgencias adultos			DIRECCIÓN Diagonal 34 _5_43		
EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentro oriente@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 1 AÑO 2013			FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2013		
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA Urgencias adultos			DIRECCIÓN Diagonal 34 n 5 43 sur		

Firma electronica validador: null

22785

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

Página 5 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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 Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2012			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2012					
CARGO O CONTRATO Medico Urgencias	DEPENDENCIA Adultos			DIRECCIÓN Diagonal 34 n 5 -43 sur					
EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2012			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2012					
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA URGENCIAS ADULTOS			DIRECCIÓN DIAGONAL 34 5 N 43 SUR					
EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co					
TELÉFONOS 6013282828	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2011			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2011					
CARGO O CONTRATO Medico general	DEPENDENCIA URGENCIAS ADULTOS			DIRECCIÓN DIAGONAL 345--43					

Firma electronica validador: null

22785

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

Página 6 de 8



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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 Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co				
TELÉFONOS 6013282828		FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2011			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2011				
CARGO O CONTRATO Medico general		DEPENDENCIA Urgencias adultos			DIRECCIÓN Diagonal 34 n 5 43				

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subcentrooriente@saludcapital.gov.co				
TELÉFONOS 6013282828		FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2010			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2010				
CARGO O CONTRATO MEDICO		DEPENDENCIA URGENCIAS ADULTOS			DIRECCIÓN DIAONAL 34 N 5-43				

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	12	5
Total	12	5

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



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. - null
11 de Diciembre de 2024

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