



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jun-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GOMEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CASTIBLANCO	NOMBRES KATHERIN YISELL	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023926033		SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____				
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="JUL"/> AÑO <input type="text" value="1993"/> PAÍS <input type="text" value="Colombia"/> DEPTO <input type="text" value="Bogotá D.C."/> CIUDAD <input type="text" value="Bogotá D.C."/>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA K 3 A ESTE 39 A 33 SUR PAÍS <input type="text" value="Colombia"/> DEPTO <input type="text" value="Bogotá D.C."/> CIUDAD <input type="text" value="Bogotá D.C."/> TELEFONO <input type="text" value="0313634959"/> EMAIL <input type="text" value="katycasti2404@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				
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	<input type="text" value="DICIEMBRE"/>	AÑO	<input type="text" value="2010"/>

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Técnico Auxiliar de Enfermería	Instituto Fundesco	2015	1609



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jun-2020

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		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.go.co		
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 7 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA GESTION DEL RIESGO	DIRECCIÓN KR 20 47B 35 SUR		

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	2	5
Total	2	5

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



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 25-jun-2020

Bogotá 25-06-2020

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Katheryn Gomez

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