



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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



Última Actualización: 01-feb-2022

Fecha Validación: 01-feb-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SANTANA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPEZ	NOMBRES JAIME ALONSO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1047386755	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD CO ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1047386755 D.M. Distrito Militar No 14,		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 4 MES ABR AÑO 1987 PAÍS Colombia		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 69d # 1-45 su PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3046249406 EMAIL jaimesantana0504@gmail.com
DEPTO Bolívar CIUDAD Cartagena De Indias		

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	DICIEMBRE	AÑO	2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico, en Modalidad Academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría 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	11 2017	1047386755

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte vital básico y avanzado. BLS - ACLS	Gescons S.A.S	2021	48



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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



Última Actualización: 01-feb-2022

Fecha Validación: 01-feb-2022

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
inglés			X			X			X

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 EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD luis.riano@grupoemi.com			
TELÉFONOS 3077364		FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 8 AÑO 2020				FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2021			
CARGO O CONTRATO MEDICO		DEPENDENCIA CONSULTA DOMICILIARIA				DIRECCIÓN CALLE 68D # 18-30			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD ANOUTA WAKAIPA IPS - I				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO La Guajira		MUNICIPIO Riohacha				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumanoanoutaips@hotmail.com			
TELÉFONOS 7272653		FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 4 AÑO 2019				FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 12 AÑO 2019			
CARGO O CONTRATO MEDICO		DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN CALLE 12 # 12 - 101			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Ejercito Nacional de Colombia. DGSM				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO La Guajira		MUNICIPIO Riohacha				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esm.1007bicar@gmail.com			
TELÉFONOS 3136644482		FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 4 AÑO 2018				FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 4 AÑO 2019			
CARGO O CONTRATO Medico		DEPENDENCIA Consulta externa, PyP, urgencias				DIRECCIÓN km 4 vía a Maicao, Batallon de Infanteria			



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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



Última Actualización: 01-feb-2022

Fecha Validación: 01-feb-2022

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	10
Pública	1	8
Total	2	7

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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 01-feb-2022
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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