



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: 01-feb-2022

Fecha Validación: 25-oct-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SANTANA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPEZ	NOMBRES JAIME ALONSO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1047386755	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ 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 DEPTO Bolívar CIUDAD Cartagena De Indias		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 69d # 1-45 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3046249406 EMAIL jaimesantana0504@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 Academico			
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 (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	11 2017	1047386755

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte vital basico 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)

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 01-feb-2022

Fecha Validación: 25-oct-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	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 via a Maicao, Batallon de Infanteria	



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: 01-feb-2022

Fecha Validación: 25-oct-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