



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 30-jul-2021

Fecha Validación: 22-dic-2022

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AREVALO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUZMAN		NOMBRES WILSON YESID	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79627705			SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 79627705 D.M. 17					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES MAR AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA AK KR 72A 138 23 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3022056803 EMAIL wilsonyesidarevalo@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	bachillerato academico
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
					X						DICIEMBRE	1994

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Especialización universitaria	6	X	MEDICINA INTERNA		7	2014	79627705
Universitaria	12	X	MEDICINA		7	2002	79627705

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



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.

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 30-jul-2021

Fecha Validación: 22-dic-2022

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 Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@hospitalmeissen.gov.co.	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7693131	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		DÍA 17 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO INTERNISTA	CONSULTA EXTERNA	Calle 60g Sur No. 18 Bis -09	

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	2	9
Pública	0	0
Total	2	10



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.

sideap 2.0

Última Actualización: 30-jul-2021

Fecha Validación: 22-dic-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 CLINICA SAN LUIS MEDICAL CENTER	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD sanluismedicalcenter@hotmail.com	
TELÉFONOS 5902167	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO COORDINADOR MEDICO	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	DIRECCIÓN Cra. 4 #20- 24	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Prosalud	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Girardot	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD prosalud.asociacion9@gmail.com	
TELÉFONOS 0318884950	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 4 MES 2 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO medico internista	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN calle 18 # 7-67	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD CORVESALUD IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@corvesalud.com	
TELÉFONOS 7563900	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 5 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNISTA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN Avenida carrera 45 N 108 - 27 Torre 3 Piso	



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

sideap_{2.0}

Última Actualización 30-jul-2021

Fecha Validación 22-dic-2022

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. - 30-jul-2021

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