



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: 10-may-2022

Fecha Validación: 15-ago-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GELVEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SEVERINO	NOMBRES RICARDO ANDRES
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 72341089	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 72341089 D.M. 10		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES ABR AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Atlántico CIUDAD Barranquilla		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 75 # 85- 50 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3015894975 EMAIL rgelvez.acolectiva.hco@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 BASICA											TITULO BACHILLER TECNICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE		AÑO	2001

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
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	7 2016	
Universitaria	8	X	FISIOTERAPIA	9 2009	72341089

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.



Última Actualización: 10-may-2022

Fecha Validación: 15-ago-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

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 E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 2 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO EPIDEMIOLOGO	DEPENDENCIA EPIDEMIOLOGIA	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47B -35 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 atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 018000126488	FECHA DE INGRESO DIA 20 MES 5 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 1 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Especialista	DEPENDENCIA Epidemiologia	DIRECCIÓN Dg 34 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD espaciopublicosubcentrooriente@gmail.com	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 4 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 3 MES 1 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA SALUD PuBLICA	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5 43	



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: 10-may-2022

Fecha Validación: 15-ago-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 HOSPITAL CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD rgelvez.acolectiva.hco@gmail.com	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 3 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA SALUD PuBLICA	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NAZARETH	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esenazareth@gmail.com	
TELÉFONOS 2956333	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 2 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA PROYECTOS UEL	DIRECCIÓN Cll. 48 No. 73 55	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto de Rehabilitación Integral Samuel	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cesar	MUNICIPIO Valledupar	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD iris@gmail.com	
TELÉFONOS 5770241	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 3 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO Fisioterapeuta	DEPENDENCIA Terapia Física.	DIRECCIÓN calle 8 6-94	



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: 10-may-2022

Fecha Validación: 15-ago-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
Fisioavance Habilitación y Rehabilitación en Terapia Acuática y Equina		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	fisioavance@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4021221	DÍA 1 MES 9 AÑO 2010		DÍA 30 MES 4 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Fisioterapeuta	Terapia Acuática y Equina.	cra 26 68	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica Neurorehabilitar.		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	neurorehabilitar@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7049946	DÍA 13 MES 9 AÑO 2009		DÍA 31 MES 12 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Fisioterapeuta	Terapeuta	calle 79 29C 35	

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	11
Pública	8	0
Total	10	11



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: 10-may-2022

Fecha Validación: 15-ago-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. - 10-may-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