



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-abr-2023

Fecha Validación: 11-abr-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ANGEL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ	NOMBRES DAGOBERTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 83040214	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 83040214 D.M 56		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 2 MES FEB AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Huila CIUDAD Pitalito		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TV trv 60 No 126 - 50 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5199584 EMAIL dagoangel30711@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			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	X	MES	DICIEMBRE	AÑO	1998

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
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	6 2021	
Universitaria	10	X	MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA	11 2011	27784

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-abr-2023

Fecha Validación: 11-abr-2023

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 Occidente E.S.E.					PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia					
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subrednortetalentohumano1@gmail.com						
TELÉFONOS 7673472	FECHA DE INGRESO DIA 26 MES 10 AÑO 2022					FECHA DE RETIRO DIA 23 MES 2 AÑO 2023						
CARGO O CONTRATO SUPERVISOR REFERENTE VIGILANCIA	DEPENDENCIA Salud					DIRECCIÓN Calle 19a No 34- 94						

EMPLEO O CONTRATO												
EMPRESA O ENTIDAD Centro Veterinario Aventura Plaza de Mascotas					PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia					
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD aventuraplaza-mascotas@hotmail.com						
TELÉFONOS 7352611	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2018					FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 8 AÑO 2022						
CARGO O CONTRATO Medico Veterinario Zootecnista	DEPENDENCIA Salud					DIRECCIÓN Calle 1 No 69B - 74						

EMPLEO O CONTRATO												
EMPRESA O ENTIDAD Clinica Veterinaria Canes y Sabuesos					PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia					
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD canesysabuesos@gmail.com						
TELÉFONOS 7673472	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2016					FECHA DE RETIRO DIA 25 MES 1 AÑO 2018						
CARGO O CONTRATO Medico Veterinario Zootecnista	DEPENDENCIA Salud					DIRECCIÓN CALLE 81 SUR No 8D- 60						



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-abr-2023

Fecha Validación: 11-abr-2023

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	6	6
Pública	0	3
Total	6	10

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

Bogotá D.C. - 10-abr-2023
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