



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: 13-dic-2024  
Fecha Validación: 14-ene-2025

1 **DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO PENA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MERCHAN		NOMBRES CAMILO ANDRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 80082840			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>		NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 80082840 D.M. 4					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 8 MES DIC AÑO 1979 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 11A # 117-50 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3108129368 EMAIL camiloapm@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	JUNIO	AÑO	1999

**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 médico	4	X	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA DE TRAUMA Y EMERGENCIAS	6 2019	80082840
Especialización médico	8	X	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	1 2015	80082840
Universitaria	12	X	MEDICINA	12 2007	80082840



# 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: 13-dic-2024

Fecha Validación: 14-ene-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado en Epidemiología e Investigación Clínica	Univeridad del Valle	2018	120

## 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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	corp-med@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3165022675	DIA 20 MES 2 AÑO 2024		DIA 26 MES 11 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA GENERAL	Tv. 3C #49-0	

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.	referente.cirugia@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
018000184004	DIA 31 MES 3 AÑO 2020		DIA 20 MES 5 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA GENERAL	CARRERA 20 47B-35 SUR	

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/01/2025 17:53:44

1447971

Documento electrónico: 937fb7ee4f98a68e8be0959d66ca029391b3540b3b78cf655e07c2fc6399533d  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



# 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: 13-dic-2024

Fecha Validación: 14-ene-2025

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 UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD angel17036@yahoo.com	
TELÉFONOS 3282300	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 2 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO CIRUJANO GENERAL	DEPENDENCIA CIRUGIA GENERAL	DIRECCIÓN CARRERA 8 # 17 -45 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD angel17036@yahoo.com	
TELÉFONOS 3282300	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Cirujano General	DEPENDENCIA Cirugía General	DIRECCIÓN CARRERA 8 # 17 -45 SUR	

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	3	1
Pública	2	10
Total	5	11

Firma electronica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/01/2025 17:53:44

1447971

Documento electrónico: 937fb7ee4f98a68e8be0959d66ca029391b3540b3b78cf655e07c2fc6399533d  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



# 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: 13-dic-2024

Fecha Validación: 14-ene-2025

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. - 13-dic-2024  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
CAMILO ANDRES PENA MERCHAN 13/12/2024 13:56:34  
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



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

**Sideap**<sub>2.0</sub>

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. - null

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
null

*Camila Peraza*

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

Firma electronica validador: null

420545

Documento electrónico: null

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4