



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: 27-nov-2024

Fecha Validación: 29-nov-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTRO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LARA	NOMBRES JOHN RAFAEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79053213	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 05542 D.M. 01		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 25 MES OCT AÑO 1968 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA variante Cota- Chia conjunto palo de agua Iguaque casa 37 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Cota TELEFONO 3108739697 EMAIL johncas2006@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 ACADEMICO					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE		AÑO	1985	

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	6	X	ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	2 2000	1666
Universitaria	12	X	MEDICINA	6 1992	1666

Firma electronica validador: KEVIN DAVID QUIROGA DIAZ 29/11/2024 21:29:43

1430217

Documento electrónico: f8bed8ac99d9d9eec8ec13bb4768bc555c996e963522d2328cbf1e5e61fb4249
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 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: 27-nov-2024

Fecha Validación: 29-nov-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CUIDADO DEL DONANTE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	60
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGENTES	STELLA VITAE S.A.S	2024	40
MANEJO DE DUELO	STELLA VITAE S.A.S	2024	40
ACLS SOPORTE VITAL AVANZADO	CENTRO SUPERIOR DE CAPACITACION	2023	48
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	40
Fundamentos de Cuidados Críticos en Soporte	The Society of Critical Care Medicine	2017	12

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DÍA 2 MES 5 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico Internista	Dirección de Servicios Hospitalarios	calle 165 # 7-06	

Firma electronica validador: KEVIN DAVID QUIROGA DIAZ 29/11/2024 21:29:43

1430217

Documento electrónico: f8bed8ac99d9d9eec8ec13bb4768bc555c996e963522d2328cbf1e5e61fb4249
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: 27-nov-2024

Fecha Validación: 29-nov-2024

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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 4480030	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 1 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 3 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNISTA	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS -	DIRECCIÓN TRANSVERSAL 74 F No 40B - 54 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	0	0
Pública	13	8
Total	13	8

Firma electronica validador: KEVIN DAVID QUIROGA DIAZ 29/11/2024 21:29:43

1430217

Documento electrónico: f8bed8ac99d9d9eec8ec13bb4768bc555c996e963522d2328cbf1e5e61fb4249
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: 27-nov-2024

Fecha Validación: 29-nov-2024

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. - 27-nov-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
JOHN RAFAEL CASTRO LARA 27/11/2024 08:32:35
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: KEVIN DAVID QUIROGA DIAZ 29/11/2024 21:29:43

1430217

Documento electrónico: f8bed8ac99d9d9eec8ec13bb4768bc555c996e963522d2328cbf1e5e61fb4249
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4