



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-dic-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TRUJILLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MEJIAS	NOMBRES JONATHAN ALBERTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="radio"/> C.E. <input checked="" type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 685278	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input type="radio"/> EXTRANJERO <input checked="" type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES JUL AÑO 1987 PAÍS Venezuela DEPTO. CIUDAD Valencia, estado Carabobo		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 142 11 85 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3232266808 EMAIL jonathan.trujillo2010@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 MENCIÓN CIENCIAS
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JULIO AÑO 2004

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
Universitaria	12	X	MEDICINA		12	2010	685278

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atención Integral en Salud A las Víctimas de	COORDINA Centro de Entrenamiento en	2022	40
Humanización en la Prestación de Servicios en la	COORDINA Centro de Entrenamiento en	2022	40

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/12/2024 20:24:29



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-dic-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte Vital Avanzado (ACLS)	COORDINA Centro de Entrenamiento en	2022	48
Soporte Vital Básico (BLS)	COORDINA Centro de Entrenamiento en	2022	20
Atención Integral de Urgencias a Víctimas de	COORDINA Centro de Entrenamiento en	2021	50

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
alemán	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
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		contactenos@saludcapital.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013649090	DÍA 1 MES 8 AÑO 2024		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
Contratista	CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y		KR 32 12 81

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.		correspondencia@subrednorte.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DÍA 30 MES 6 AÑO 2024		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
CONTRATISTA	SERVICIOS HOSPITALARIOS		Cl. 66 #1541

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/12/2024 20:24:29

1430162

Documento electrónico: ce9c0e87f483a9eb0bde52e0b3ddba569e5e85b10d2c905eb31a9238c4066c4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



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-dic-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 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 certificaciones.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 1 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 5 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Médico Equipo Salud Territorial	DIRECCIÓN Cra 24 C # 53 - 47 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 10 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 5 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Médico para la Unidad Funcional Atención	DIRECCIÓN Calle 66 # 15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 10 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Médico para la Unidad Funcional Atención	DIRECCIÓN Calle 66 # 15-41	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/12/2024 20:24:29

1430162

Documento electrónico: ce9c0e87f483a9eb0bde52e0b3ddba569e5e85b10d2c905eb31a9238c4066c4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 6



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-dic-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	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.	certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014431790	DÍA 1 MES 2 AÑO 2020		DÍA 31 MES 1 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contratista	Médico para la Unidad Funcional Atención	Calle 66 # 15-41	

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.	certificaciones.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017300000	DÍA 22 MES 3 AÑO 2019		DÍA 12 MES 8 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contratista	Médico para la Unidad Funcional Atención	Cra 24 C # 53 - 47 Sur	

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.	certificaciones.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017300000	DÍA 4 MES 2 AÑO 2019		DÍA 21 MES 3 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contratista	Médico para la Unidad Funcional Atención	Cra 24 C # 53 - 47 Sur	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/12/2024 20:24:29

1430162

Documento electrónico: ce9c0e87f483a9eb0bde52e0b3ddba569e5e85b10d2c905eb31a9238c4066c4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



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-dic-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	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.	certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014431790	DÍA 1 MES 2 AÑO 2019		DÍA 31 MES 1 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contratista	Médico para la Unidad Funcional Atención	Calle 66 # 15-41	

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.	certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014431790	DÍA 10 MES 1 AÑO 2018		DÍA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contratista	Médico para la Unidad Funcional Atención	Calle 66 # 15-41	

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	5	9
Total	5	9

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/12/2024 20:24:29

1430162

Documento electrónico: ce9c0e87f483a9eb0bde52e0b3ddba569e5e85b10d2c905eb31a9238c4066c4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 6



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-dic-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:
JONATHAN ALBERTO TRUJILLO MEJIAS 27/11/2024 07:03:06
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