



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: 06-feb-2025

Fecha Validación: 10-feb-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GARCIA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RENTERIA	NOMBRES JOSE GABRIEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1143333569	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1143333569 D.M. 3		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 25 MES JUL AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Caquetá CIUDAD Florencia		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 6 C 82 A 57 AP BLOQUE 4 APTO 609 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3004125186 EMAIL josegabriel2507@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	DICIEMBRE		AÑO	2005	

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
Universitaria	12	X	MEDICINA	12 2016	1143333569

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 13:33:33

1501246

Documento electrónico: ec74c4bf3f13a1eb544c71ccf0164b801fd26385fd02baf312ab9f9e5a9c8be6
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: 06-feb-2025

Fecha Validación: 10-feb-2025

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 COOMEVA EMERGENCIA MEDICA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD linealisaeps@coomeva.com.co	
TELÉFONOS 3004125186	FECHA DE INGRESO DIA 24 MES 4 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 11 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL CEM	DEPENDENCIA ATENCION DOMICILIARIA	DIRECCIÓN Centro Comercial Holguines Trade Center	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD LEXWORK S.A.S.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dmcespecialistas@gmail.com	
TELÉFONOS 3195762225	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 4 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 24 MES 11 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA ATENCION VIRTUAL	DIRECCIÓN Calle 52A No. 71A -18 Oficina 105	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 13:33:33

1501246

Documento electrónico: ec74c4bf3f13a1eb544c71ccf0164b801fd26385fd02baf312ab9f9e5a9c8be6
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: 06-feb-2025

Fecha Validación: 10-feb-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 SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Fusagasugá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacion@hospitaldefusagasuga.gov.co	
TELÉFONOS 3208572629	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 11 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN DIAGONAL 23 NO 12 64	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Silvania	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalismaelsilva@yahoo.es	
TELÉFONOS 8683116	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 3 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA URGENCIA Y CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN CALLE 9 NO 9 39	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SOR TERESA ADELE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caquetá	MUNICIPIO El Paujil	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contacto@esesorteresaadele.gov.co	
TELÉFONOS 4310667	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 2 AÑO 2007	FECHA DE RETIRO DÍA 6 MES 2 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA HOSPITAL	DIRECCIÓN PAUJIL	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 13:33:33

1501246

Documento electrónico: ec74c4bf3f13a1eb544c71ccf0164b801fd26385fd02baf312ab9f9e5a9c8be6
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: 06-feb-2025

Fecha Validación: 10-feb-2025

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	7
Pública	3	9
Total	6	4

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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 06-feb-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
JOSE GABRIEL GARCIA RENTERIA 06/02/2025 19:42:16
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: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 13:33:33

1501246

Documento electrónico: ec74c4bf3f13a1eb544c71ccf0164b801fd26385fd02baf312ab9f9e5a9c8be6
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4