



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: 11-feb-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUINTERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CAÑON	NOMBRES CARLOS ANDRES
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79882133	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 79882133 D.M. 4		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES JUN AÑO 1980 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 63 100 37 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3002145155 EMAIL karlosquintero@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				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	1997

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
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA		3	2010	79882133
Universitaria	12	X		MEDICINA		12	2005	79882133

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 11/02/2025 10:10:04



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: 11-feb-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

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

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	
español (o castellano)			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 KERALTY	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD RECEPCIONCENTROSMEDICOSCOLSANITAS@fe.	
TELÉFONOS 6466060	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 11 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MÉDICO PSIQUIATRA	DEPENDENCIA CONSULTA CENTRO MEDICO CALLE 108	DIRECCIÓN Kra. 45 No. 108 a 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CISNE CENTRO DE INVESTIGACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ambulatorio1@grupocisne.org	
TELÉFONOS 3174185735	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 2 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO MEDICO PSIQUIATRA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN TRANSV 58 104B 32	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 11/02/2025 10:10:04



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: 11-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 UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD auxiliar.juridica@umb.edu.co	
TELÉFONOS 6015460600	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 5 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO DOCENTE DE PLANTA FACULTAD DE	DEPENDENCIA FACULTAD DE PSICOLOGÍA	DIRECCIÓN AVENIDA CIRCUNVALAR 60 00	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD MEDICALL TALENTO HUMANO - VIRREY SOLIS IPS - SALUD TOTAL EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD beneficiosth@virreysolisips.com.co	
TELÉFONOS 6014473535	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 6 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 9 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO MEDICO PSIQUIATRA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA VIRREY SOLIS IPS	DIRECCIÓN CALL 4 G 66 A 08	

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	7
Pública	0	0
Total	3	7

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 11/02/2025 10:10:04

1501154

Documento electrónico: 9a7d0c18c706b50f688e18c160eddb5b53d2cddb54f768d76f2f5e7f8a901e7f
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: 11-feb-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. - 06-feb-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
CARLOS ANDRES QUINTERO CAÑON 06/02/2025 18:19:36
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