



# 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: 08-feb-2025

Fecha Validación: 10-feb-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>BAHAMON                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CHARRY                           | NOMBRES<br>JULIAN FRANCISCO                                                                                                                                    |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1075255771 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                          |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 1075255771 D.M. 42          |                                                                    |                                                                                                                                                                |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 31 MES AGO AÑO 1991<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Huila<br>CIUDAD Neiva                             |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 94 6c 77<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124559078<br>EMAIL julianchobahamon@hotmail.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                 |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|-------|-----|-------------------------------------|------------------------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    | MEDIA |     |                                     | Bachiller academico    |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9°    | 10° | 11°                                 | FECHA DE GRADO         |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |       |     | <input checked="" type="checkbox"/> | MES DICIEMBRE AÑO 2008 |

### 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 |
|-------------------------------|-------------------------|----------------|------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| Maestría                      | 4                       | X              | MAESTRÍA EN SALUD FAMILIAR                           | 11 2019             |                            |
| Especialización universitaria | 2                       | X              | ESPECIALIZACIÓN EN GESTION DE PROCESOS PSICOSOCIALES | 11 2019             |                            |
| Universitaria                 | 9                       | X              | ENFERMERIA                                           | 5 2015              | 1075255771                 |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 09:00:33

1502919

Documento electrónico: 1d427108ee7dea5dad1ca7d09d50db250e53e17d38d918f11806ceea212c469  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 7



# 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: 08-feb-2025

Fecha Validación: 10-feb-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                               | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN              | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|-------|
| Liderazgo en Enfermería: Empoderamiento de los | Organización panamericana de la salud | 2020            | 120   |
| Diplomado en docencia universitaria            | Politecnico superior                  | 2019            | 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          |   |    |
| portugués | 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                  |
| Medical Teams Internaational     |                       | X                          | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                     | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                       |
| Bogotá D.C.                      | Bogotá D.C.           | yagular@medicalteams.org   |                       |
| TELÉFONOS                        | FECHA DE INGRESO      |                            | FECHA DE RETIRO       |
| 3137909404                       | DIA 9 MES 11 AÑO 2021 |                            | DIA 8 MES 11 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO                 | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                  |                       |
| Coordinador de programa de salud | Programas             | Carrera 15 95-35           |                       |

| EMPLEO O CONTRATO                                           |                           |                                   |                       |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                           | PÚBLICA                   | PRIVADA                           | PAÍS                  |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                         |                                   | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD        |                       |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.               | dpsaldarriaga@saludcapital.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO          |                                   | FECHA DE RETIRO       |
| 0000                                                        | DIA 24 MES 5 AÑO 2021     |                                   | DIA 1 MES 11 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA               | DIRECCIÓN                         |                       |
| Enfermero profesional                                       | gestion integral de salud | Rafael uribe uribe                |                       |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 09:00:33

1502919

Documento electrónico: 1d427108ee7dea5dad1ca7d09d50db250e53e17d38d918f11806ceea212c469  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 7



# 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: 08-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<br>Cruz Roja Colombiana                     | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                                                    | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                   | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>donaciones@cruzrojacolombiana.org |                                          |
| TELÉFONOS<br>000000000                                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 24 MES 11 AÑO 2020 |                                                                 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 9 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO<br>Coordinador nacional de salud comunitaria | DEPENDENCIA<br>Salud                       | DIRECCIÓN<br>Av. Cra. 68 # 68 B -31                             |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                        |                                           |                                                               |                                           |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Medicos del mundo   | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                                  | PAÍS<br>Colombia                          |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.              | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>hr.colombia@medecinsdumonde.net |                                           |
| TELÉFONOS<br>3222067875                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 16 MES 6 AÑO 2020 |                                                               | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 22 MES 11 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermero de terreno | DEPENDENCIA<br>Salud                      | DIRECCIÓN<br>Transversal 17 # 45D – 26 / Bogotá               |                                           |

| EMPLEO O CONTRATO                                   |                                           |                                                            |                                         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Medicos sin fronteras - España | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                               | PAÍS<br>Colombia                        |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                         | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>msf-bogota@barcelona.msf.org |                                         |
| TELÉFONOS<br>000000000                              | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 10 AÑO 2019 |                                                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 5 MES 6 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermero                       | DEPENDENCIA<br>Salud                      | DIRECCIÓN<br>Bogotá                                        |                                         |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 09:00:33

1502919

Documento electrónico: 1d427108ee7dea5dad1ca7d09d50db250e53e17d38d918f11806ceea212c469  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 7



# 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: 08-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<br>Gobernación del Huila              | PÚBLICA<br>X                                              | PRIVADA                                           | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Huila                                   | MUNICIPIO<br>Neiva                                        | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>ssalud@huila.gov.co |                                          |
| TELÉFONOS<br>000000000                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 6 MES 3 AÑO 2019                  |                                                   | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 5 MES 10 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO<br>Profesional de apoyo a la dimensión | DEPENDENCIA<br>secretaría departamental de salud de Huila | DIRECCIÓN<br>Neiva                                |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                                |                                          |                                                  |                                          |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Centro empresarial en salud | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                     | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Huila                            | MUNICIPIO<br>Neiva                       | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>cesaludsa@yahoo.es |                                          |
| TELÉFONOS<br>3124559078                          | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 8 AÑO 2018 |                                                  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 29 MES 9 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO<br>Docente                      | DEPENDENCIA<br>Salud                     | DIRECCIÓN<br>Neiva                               |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                                    |                                                  |                                                   |                                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Gobernación del Huila           | PÚBLICA<br>X                                     | PRIVADA                                           | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Huila                                | MUNICIPIO<br>Neiva                               | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>ssalud@huila.gov.co |                                          |
| TELÉFONOS<br>000000000                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 23 MES 1 AÑO 2018        |                                                   | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 22 MES 1 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO<br>Profesional de apoyo programa de | DEPENDENCIA<br>secretaría de salud departamental | DIRECCIÓN<br>Neiva                                |                                          |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 09:00:33

1502919

Documento electrónico: 1d427108ee7dea5dad1ca7d09d50db250e53e17d38d918f11806ceea212c469  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 7



# 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: 08-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<br>ESE Hospital del perpetuo socorro      | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                   | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Huila                                       | MUNICIPIO<br>Villavieja                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>esevillavillavieja@yahoo.es |                  |
| TELÉFONOS<br>000000000                                      | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 11 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 12 AÑO 2017                 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermero de atención primaria en salud | DEPENDENCIA<br>Promoción y prevención     | DIRECCIÓN<br>Villavieja                                   |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                           |                                           |                                                              |                  |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Alcaldía de El Agrado                  | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                      | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Huila                                       | MUNICIPIO<br>Agrado                       | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>alcaldia@elagrado-huila.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>000000000                                      | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 15 MES 5 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 23 MES 10 AÑO 2017                    |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Profesional monitoreo y evaluación plan | DEPENDENCIA<br>fondo local de salud       | DIRECCIÓN<br>Agrado                                          |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                              |                                            |                                                            |                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Consortio obras integrales MJ             | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                                               | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                                           | MUNICIPIO<br>Puerto Gaitán                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>julianchobahamon@hotmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>000000000                                         | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 11 MES 11 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 24 MES 3 AÑO 2017                   |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermero para la vigilancia de eventos en | DEPENDENCIA<br>Seguridad laboral           | DIRECCIÓN<br>Campo quifa                                   |                  |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 09:00:33



# 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: 08-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<br>Dirección de sanidad militar - ejercito | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Santander                                    | MUNICIPIO<br>San Vicente De Chucurí      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>disanejc@ejercito.mil.co |                  |
| TELÉFONOS<br>000000000                                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 9 MES 7 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 8 MES 7 AÑO 2016                |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermero coordinador promoción y        | DEPENDENCIA<br>Promoció y prevención     | DIRECCIÓN<br>SAn vicente de chucuri                    |                  |

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   | 5                     | 6     |
| Pública   | 3                     | 7     |
| Total     | 8                     | 7     |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 10/02/2025 09:00:33

1502919

Documento electrónico: 1d427108ee7dea5dad1ca7d09d50db250e53e17d38d918f11806ceea212c469  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 7



# 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: 08-feb-2025

Fecha Validación: 10-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. - 08-feb-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
JULIAN FRANCISCO BAHAMON CHARRY 08/02/2025 14:34:48  
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 09:00:33

1502919

Documento electrónico: 1d427108ee7dea5dad1ca7d09d50db250e53e17d38d918f11806ceea212c469  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 7 de 7