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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-abr-2025

Fecha Validación: 14-abr-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BARRERA		OSCAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80213656	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80213656 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES JUN AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 79 C 41 B SUR 44

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3027047522

EMAIL barrerao236@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 NOVIEMBRE AÑO 2001
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en	Corporación Técnica Empresarial para el Trabajo	2024	1800
Diplomado de Atención Pre-Hospitalaria (APH)	Fumefi	2024	120
Soporte Vital Basico (BLS)	Fumefi	2024	40
CAMILLERO	ÁNGELES DE LA SALUD	2021	70

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 14/04/2025 09:31:10

Documento electrónico: 863b84d9521ed07170f306f2fb46bc9292e909bd70dc18028aeffff7be32d215

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

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: Clínica Manuela	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: rh@gestionmedicaensalud.com	
TELÉFONOS: 3238803268	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 2 AÑO 2025	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO: Auxiliar de enfermería	*DEPENDENCIA*: Departamento de enfermería	*DIRECCIÓN*: Calle 63 b 77 a 8	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Cafam	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.cafam.com	
TELÉFONOS: 6468000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 7 AÑO 2023	*FECHA DE RETIRO*: DIA 27 MES 3 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO: Camillero	*DEPENDENCIA*: Salud	*DIRECCIÓN*: Clinica Santa Barbara 127	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 14/04/2025 09:31:10

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-abr-2025

Fecha Validación: 14-abr-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Clinica Medical		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	clinicamedical,com,co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7442565	DIA 6 MES 6 AÑO 2022	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Camillero	UCI	Calle 36 sur 77-33

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Adecco (Hospital La Misericordia)		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	findacionhomi,org.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2120400	DIA 26 MES 1 AÑO 2022	DIA 1 MES 6 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CMILLERO	ASISTENCIALES	AV. CARACAS #1-65

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
APOYOS INTEGRALES DE SALUD - SHAIO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	info@aissalud.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3124097778	DIA 9 MES 9 AÑO 2017	DIA 12 MES 5 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
camillero	asistenciales	cra 70 B -1105-37

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 14/04/2025 09:31:10

Documento electrónico: 863b84d9521ed07170f306f2fb46bc9292e909bd70dc18028aeffff7be32d215
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 04-abr-2025

Fecha Validación: 14-abr-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	5	10
Pública	0	0
Total	5	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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. - 04-abr-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

OSCAR BARRERA 04/04/2025 09:51:10

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: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 14/04/2025 09:31:10

Documento electrónico: 863b84d9521ed07170f306f2fb46bc9292e909bd70dc18028aeffff7be32d215

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