



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: 11-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TRUJILLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ	NOMBRES NATALIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 36346819	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES ABR AÑO 1981 PAÍS Colombia DEPTO Huila CIUDAD Campoalegre		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA AC 94 58 - 57 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6273298 EMAIL natalia.trujillo@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 BACHILLERATO ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1998

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso de Atención a Víctimas de Violencia Sexual	Soluciones integrales en Salud Aurum Medical SAS	2020	40
Auxiliar en Servicios Farmacéuticos	escuela de salud EMCOSALUD	2010	1650

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 15/04/2025 11:31:54

1544653

Documento electrónico: 0685585c266848d9abf1e7c14d6cd3353fbf16738b33a92b4689ff4ce78fb3a4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



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: 11-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Soluciones Integrales en Salud Aurum Medical S.A.S		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	farmacia@aurummedical.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3004607	DIA 1 MES 12 AÑO 2019		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de servicios farmacéuticos	Farmacia	CII 2# 28 - 06	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Soluciones Integrales en Salud Aurum Medical S.A.S		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	farmacia@aurummedical.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3004607	DIA 11 MES 8 AÑO 2017		DIA 30 MES 11 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de servicios farmacéuticos	Farmacia	CII 2 # 28 - 06	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 15/04/2025 11:31:54

1544653

Documento electrónico: 0685585c266848d9abf1e7c14d6cd3353fbf16738b33a92b4689ff4ce78fb3a4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



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: 11-abr-2025

Fecha Validación: 15-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 Clínica Vascular Navarra	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD n/a	
TELÉFONOS 6059999	FECHA DE INGRESO DÍA 31 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 5 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Auxiliar de servicios farmacéuticos	DEPENDENCIA Farmacia	DIRECCIÓN CARRERA 45 106 30	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD DROSERVICIO LTDA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD n/a	
TELÉFONOS 2010795	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 11 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Auxiliar de servicios farmacéuticos	DEPENDENCIA Farmacia	DIRECCIÓN CI 121 # 6 - 37	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Clínica Medilaser S.A.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Neiva	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD siau@clanicamedilaser.com.co	
TELÉFONOS 87241001368	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 10 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Auxiliar de servicios farmacéuticos	DEPENDENCIA Farmacia	DIRECCIÓN Carrera 7 No. 11- 31	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 15/04/2025 11:31:54

1544653

Documento electrónico: 0685585c266848d9abf1e7c14d6cd3353fbf16738b33a92b4689ff4ce78fb3a4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



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: 11-abr-2025

Fecha Validación: 15-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 Farmart – E.S.E Carmen Emilia Ospina.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Neiva	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD n/a	
TELÉFONOS 0	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 2 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO Auxiliar de servicios farmacéuticos	DEPENDENCIA Farmacia	DIRECCIÓN Cra. 13 # 10 - 46 Altico	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Distrimed – E.S.E Carmen Emilia Ospina.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD n/a	
TELÉFONOS 8745377	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 9 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO Auxiliar de servicios farmacueticos	DEPENDENCIA Farmacia	DIRECCIÓN Cra 8 A # 18A - 40 P2	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ESE Hospital del Rosario	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Neiva	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD n/a	
TELÉFONOS 8381481	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO Auxiliar de servicios farmacéuticos	DEPENDENCIA Farmacia	DIRECCIÓN Cra. 9 # 32 - 50 Km 1 vía Neiva	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 15/04/2025 11:31:54

1544653

Documento electrónico: 0685585c266848d9abf1e7c14d6cd3353fbf16738b33a92b4689ff4ce78fb3a4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



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: 11-abr-2025

Fecha Validación: 15-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	10	11
Pública	1	10
Total	12	9

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. - 11-abr-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
NATALIA TRUJILLO RAMIREZ 11/04/2025 20:28:49
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 15/04/2025 11:31:54

1544653

Documento electrónico: 0685585c266848d9abf1e7c14d6cd3353fbf16738b33a92b4689ff4ce78fb3a4
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5