



# 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: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>SILVA                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>LEON                             | NOMBRES<br>NELSON CAMILO                                                                                                                                           |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1023941936 | 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 1023941936 D.M. 02          |                                                                    |                                                                                                                                                                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 25 MES ABR AÑO 1995<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>calle 22a # 93a 14<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6012679324<br>EMAIL camilosilva9525@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 |          |
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    | MEDIA |     |     | FECHA DE GRADO   |          |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9°    | 10° | 11° | MES DICIEMBRE    | AÑO 2012 |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                       | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                        | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|-------|
| Curso Virtual Misión Médica            | Secretaría de Salud                             | 2021            | 10    |
| Humanización es los servicios de Salud | Protecvida                                      | 2021            | 40    |
| Atención Pre Hospitalaria              | FUMEFI SAS                                      | 2021            | 40    |
| Primer respondiente                    | FUMEFI SAS                                      | 2021            | 20    |
| Auxiliar de Enfermería                 | Corporación Técnica Empresarial para el Trabajo | 2020            | 1800  |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 15/04/2025 07:53:32

1545330

Documento electrónico: ed317c051fca14f0305d59bd24692e45333c16a98eb33c78a111f9c190d7d2dc  
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: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO  | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| C.O.V.E.          | FUMEFI                   | 2020            | 40    |
| PRIMEROS AUXILIOS | FUMEFI                   | 2020            | 40    |
| CODIGO BLANCO     | FUMEFI                   | 2020            | 20    |

## 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                   |
| MEDITAC IPS            |                      | X                          | Colombia               |
| DEPARTAMENTO           | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                        |
| Bogotá D.C.            | Bogotá D.C.          | meditac@gmail.com          |                        |
| TELÉFONOS              | FECHA DE INGRESO     |                            | FECHA DE RETIRO        |
| 3208625038             | DÍA 3 MES 3 AÑO 2023 |                            | DÍA 30 MES 11 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO       | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                  |                        |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | APH                  | kr 35 sur # 52a - 15       |                        |

| EMPLEO O CONTRATO                                   |                       |                                    |                        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                   | PÚBLICA               | PRIVADA                            | PAÍS                   |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | X                     |                                    | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                                        | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |                        |
| Bogotá D.C.                                         | Bogotá D.C.           | correspondencia@subrednorte.gov.co |                        |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO      |                                    | FECHA DE RETIRO        |
| 6014431790                                          | DÍA 14 MES 2 AÑO 2019 |                                    | DÍA 20 MES 12 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                          |                        |
| conductor de ambulancia                             | urgencias             | hospital de engatiba               |                        |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 15/04/2025 07:53:32

1545330

Documento electrónico: ed317c051fca14f0305d59bd24692e45333c16a98eb33c78a111f9c190d7d2dc  
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: 15-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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                            | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>WWW.SUBREDSUR.GOV.CO |                                          |
| TELÉFONOS<br>730000                                                    | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 4 MES 2 AÑO 2019 |                                                    | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 8 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO<br>CONDUCTOR                                          | DEPENDENCIA<br>APH                       | DIRECCIÓN<br>CRA. 20 # 42 SUR 47                   |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                                                        |                                            |                                                                  |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA                                                          | PAÍS<br>Colombia                        |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                              | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>correspondencia@subrednorte.gov.co |                                         |
| TELÉFONOS<br>6014431790                                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 20 MES 12 AÑO 2013 |                                                                  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 1 MES 4 AÑO 2025 |
| CARGO O CONTRATO<br>CONDUCTOR APH                                        | DEPENDENCIA<br>APH                         | DIRECCIÓN<br>Calle 66 No. 15-41                                  |                                         |

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   | 1                     | 8     |
| Pública   | 11                    | 3     |
| Total     | 11                    | 3     |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 15/04/2025 07:53:32

1545330

Documento electrónico: ed317c051fca14f0305d59bd24692e45333c16a98eb33c78a111f9c190d7d2dc  
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: 15-abr-2025

Fecha Validación: 15-abr-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. - 15-abr-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
NELSON CAMILO SILVA LEON 15/04/2025 01:14:44  
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 07:53:32

1545330

Documento electrónico: ed317c051fca14f0305d59bd24692e45333c16a98eb33c78a111f9c190d7d2dc  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4