



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: 13-may-2025

Fecha Validación: 28-may-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FONSECA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROMERO	NOMBRES JOSE NOE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1024563195	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 1024563195 D.M. AUX PONAL		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES MAY AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Cabrera		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 57 SUR 71 D 82 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8139741 EMAIL noefr_14@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 BASICA											TITULO BACHILLER TECNICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE		AÑO	2012

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría 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
Tecnológica	6	X	TECNOLOGÍA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	5 2024	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

Nombre del curso	Institución de formación	Año terminación	Horas
Atención en salud a víctimas de	Centro de capacitación AMPJ Salud	2025	40
Atención integral a víctimas de	Centro de capacitaciones AMPJ Salud	2025	40

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 28/05/2025 14:56:09

1554496

Documento electrónico: 7695fb64d0ae697f298abac2316549b8d026d9a1b5d7a8e515d7c27ec016e0c8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



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: 13-may-2025

Fecha Validación: 28-may-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD	2025	40
PRIMEROS AUXILIOS	CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD	2022	40
CAMILLERO	CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD	2022	40

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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	autorizacionespis@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4547588	DÍA 1 MES 3 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CAMILLERO	ENFERMERIA	TRASVE 74 F No 40 B 54 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SERVISION DE COLOMBIA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	autorizacionespis@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2684387	DÍA 21 MES 11 AÑO 2014		DÍA 4 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
GUARDA DE SEGURIDAD	SEGURIDAD	CRA 31 No 25 A 79	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 28/05/2025 14:56:09



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: 13-may-2025

Fecha Validación: 28-may-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	1	1
Pública	9	2
Total	10	4

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. - 13-may-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
JOSE NOE FONSECA ROMERO 13/05/2025 19:07:25
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 28/05/2025 14:56:09

1554496

Documento electrónico: 7695fb64d0ae697f298abac2316549b8d026d9a1b5d7a8e515d7c27ec016e0c8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3