



# 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-jul-2025

Fecha Validación: 17-jul-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FIGUEROA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TRUJILLO	NOMBRES ANDRES ORLANDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1018466069	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 1018466069 D.M. 042		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES NOV AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Huila CIUDAD Neiva		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 67 D 62 39 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7723734 EMAIL andfigueroa@uan.edu.co

## 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 TÉCNICO ESPECIALIDAD:
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES AÑO
										X	NOVIEMBRE 2010

### 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
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	6 2023	
Maestría	1	X	MAESTRÍA EN BIOESTADÍSTICA	7 2023	
Universitaria	12	X	MEDICINA	7 2018	1018466069

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 17/07/2025 16:08:23

1581754

Documento electrónico: 94ddeea0e9ab4e8f3df3347e9d746dfa6aff784a8d9e88f628ab8f50dde48117  
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-jul-2025

Fecha Validación: 17-jul-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atención Diferencial en Salud a Personas LGBTI	SABERSALUD	2022	40
SEDACIÓN BÁSICA Y AVANZADA	SABERSALUD	2022	40
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES	SABERSALUD	2022	40
SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS	SABERSALUD	2022	48
SOPORTE VITAL BÁSICO BLS Y MANEJO DEL	SABERSALUD	2022	48
LAVADO DE MANOS	Secretaría Distrital de Salud	2022	10
MISIÓN MÉDICA	La Secretaría Distrital de Salud, La Dirección de	2022	10
EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA	EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL	2022	40
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	2022	40
ATENCIÓN A VÍCTIMAS POR AGENTE QUÍMICO	INVERSIONES Y CONSULTORES CASTILLO S.A.	2021	8
ACLS	American Heart Association	2020	12
BLS	American Heart Association	2020	12
Entrenamiento básico en UCI con énfasis en	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina	2020	12
ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMAS DE	La Fundación Universitaria Sanitas	2019	64

## 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

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 17/07/2025 16:08:23

1581754

Documento electrónico: 94ddeea0e9ab4e8f3df3347e9d746dfa6aff784a8d9e88f628ab8f50dde48117  
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-jul-2025

Fecha Validación: 17-jul-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
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014399090	DIA 17 MES 8 AÑO 2022		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico general APH	Atención prehospitalaria	Calle 9 No. 39 – 46	

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
4431790	DIA 31 MES 3 AÑO 2022		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico general APH	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	Calle 66 No. 15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestionhumana@lineamedicadeambulancias.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5141414	DIA 14 MES 11 AÑO 2018		DIA 26 MES 8 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico general	Tripulante de Ambulancia	Calle 25D N° 85C-35	

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 17/07/2025 16:08:23

1581754

Documento electrónico: 94ddeea0e9ab4e8f3df3347e9d746dfa6aff784a8d9e88f628ab8f50dde48117  
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-jul-2025

Fecha Validación: 17-jul-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	3	9
Pública	3	3
Total	6	8

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-jul-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO 15/07/2025 11:31:11

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: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 17/07/2025 16:08:23

1581754

Documento electrónico: 94ddeea0e9ab4e8f3df3347e9d746dfa6aff784a8d9e88f628ab8f50dde48117  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4