



# 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: 24-jul-2025

Fecha Validación: 30-jul-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MENDIETA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOZANO	NOMBRES OSCAR DAVID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1012409402	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 1012409402 D.M. 59		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 9 MES ABR AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cll 65 g bis A sur 77 H 46 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4832534 EMAIL ossck-mend@live.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	DICIEMBRE		AÑO	2011	

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
MISION MEDICA	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2023	10
SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR BASICO	INABTEC-RESCUE	2023	48
SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR	INBTEC-RESCUE	2023	48
ATENCION A VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	INABTEC-RESCUE	2023	48
ATENCION DIFERENCIAL EN SALUD A	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA	2022	24

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 30/07/2025 10:30:13

1592342

Documento electrónico: 595583aac7194e67ad16ed1b6d8846d1d7ab7975388718ffbc349685189b931  
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: 24-jul-2025

Fecha Validación: 30-jul-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DERECHO A LA MUJER UNA VIDA LIBRE DE	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA	2022	40
PRIMER RESPONDIENTE VICTIMAS AGENTES	INABTEC-RESCUE	2021	20
Técnico auxiliar en enfermería	Predesalud	2014	1800

## 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 Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	centrooriente@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
8526996	DIA 23 MES 11 AÑO 2023		DIA  MES  AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ENFERMERIA	CENTRO ORIENTE	Av. Caracas No. 33 A-11,	

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.	SOCCIDENTE@GMAIL.COM	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2000009	DIA 1 MES 10 AÑO 2021		DIA 31 MES 10 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APH	CRA 10 # 12-54	

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 30/07/2025 10:30:13

1592342

Documento electrónico: 595583aac7194e67ad16ed1b6d8846d1d7ab7975388718ffbc349685189b931  
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: 24-jul-2025

Fecha Validación: 30-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 018000184004	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA APH	DIRECCIÓN Cra. 20 #42 sur 47	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Sanidad Aeroportuaria	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4488410	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 7 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN Aeropuerto el Dorado	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Global life Ambulancias	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6722844	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 12 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Tripulante de ambulancias	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN CII 163 # 16 c 72	

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 30/07/2025 10:30:13

1592342

Documento electrónico: 595583aac7194e67ad16ed1b6d8846d1d7ab7975388718ffbc349685189b931  
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: 24-jul-2025

Fecha Validación: 30-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	6	2
Total	9	11

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. - 24-jul-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO 24/07/2025 13:29:06

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 30/07/2025 10:30:13

1592342

Documento electrónico: 595583aac7194e67ad16ed1b6d8846d1d7ab7975388718ffbc349685189b931  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4