



# 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: 01-ago-2025

Fecha Validación: 04-ago-2025

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BERRIO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) OSORIO	NOMBRES JONATHAN ALEXANDER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1098617608	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 1098617608 D.M. 32		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 9 MES ABR AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Santander CIUDAD Bucaramanga		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 105H 64D 21 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6370427 EMAIL jonathanalexanderberrio86@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 BACHILLER CIENCIAS AGROPECUARIAS			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE	AÑO	2002

### 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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	10	X	ENFERMERIA		3	2010	25169

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
GESTION DEL DUELO	CIL CORPORACION INTERNACIONAL DE	2024	50
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	CIL CORPORACION INTERNACIONAL DE	2024	50

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/08/2025 09:34:47

1602227

Documento electrónico: eae0ea01f045294e99362005b6f15bf6c400b171d1c58d558a4c12cb4aa8ddf4  
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: 01-ago-2025

Fecha Validación: 04-ago-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
VICTIMA DE AGENTES QUIMICOS	CIL CORPORACION INTERNACIONAL DE	2024	50
SOPORTE VITAL AVANZADO	CIL CORPORACION INTERNACIONAL DE	2023	48
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN	CIL CORPORACION INTERNACIONAL DE	2023	50

## 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
francés		X			X			X	

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
MEDLIFE IPS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Santander	Bucaramanga	rhumanosmedlife@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6076377752	DIA 23 MES 3 AÑO 2022		DIA 30 MES 1 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
enfermero	MEDLIFE	calle 158 NO 20-95 TORRE A11 PISO 4	

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.	radicacionesmedios electronicos@subredcentrooriente.	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DIA 9 MES 6 AÑO 2021		DIA 15 MES 2 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
enfermero jefe	AREA ASISTENCIAL	DIAGONAL 34 N 5-43	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/08/2025 09:34:47

1602227

Documento electrónico: eae0ea01f045294e99362005b6f15bf6c400b171d1c58d558a4c12cb4aa8ddf4  
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: 01-ago-2025

Fecha Validación: 04-ago-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 FRESENIUS MEDICAL CARE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lineaconexion@fmc-ag.com	
TELÉFONOS 8290841	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 1 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 10 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO ENFERMERO JEFE	DEPENDENCIA UNIDAD RENAL	DIRECCIÓN CARRERA 36 NUMERO 54-100	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FOSCAL INTERNACIONAL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comunicaciones@foscal.com.co	
TELÉFONOS 7000300	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 3 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 7 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Enfermero jefe	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN CL 157 # 20-94	

## 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	7	11
Pública	0	8
Total	8	8

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/08/2025 09:34:47



# 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: 01-ago-2025

Fecha Validación: 04-ago-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. - 01-ago-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
JONATHAN ALEXANDER BERRIO OSORIO 01/08/2025 09:08:50  
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: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/08/2025 09:34:47

1602227

Documento electrónico: eae0ea01f045294e99362005b6f15bf6c400b171d1c58d558a4c12cb4aa8ddf4  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4