



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: 08-ago-2025

Fecha Validación: 08-ago-2025

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO CAMARGO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARIAS | NOMBRES JONATHAN |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1033736045 | 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 checked="" type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO 1033736045 D.M. 3 | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 7 MES AGO AÑO 1991 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 31 SUR 29 B 47 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3214972178 EMAIL jotikas91@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 académico | | | |
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | NOVIEMBRE | AÑO | 2008 |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 08/08/2025 13:14:59

1604133

Documento electrónico: 8e33324bb972c45aed7fd45445c95c332218864f12f83b8a4532c5216cc06ec2
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: 08-ago-2025

Fecha Validación: 08-ago-2025

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 |
| ALTILLANURA AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS S.A.S | | X | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | coordinacionth@previsips.com | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 3184202617 | DIA 17 MES 5 AÑO 2025 | | DIA 17 MES 6 AÑO 2025 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| CONDUCTOR DE AMBULANCIA | NORTE | CLL 93#63-63 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS S.A | | X | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | asmambulancias@yahoo.com | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO |
| 5521500 | DIA 1 MES 2 AÑO 2024 | | DIA 31 MES 1 AÑO 2025 |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| CONDUCTOR VEHICULO DE | NORTE | CALLE 62 # 26-29 | |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 08/08/2025 13:14:59

1604133

Documento electrónico: 8e33324bb972c45aed7fd45445c95c332218864f12f83b8a4532c5216cc06ec2
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: 08-ago-2025

Fecha Validación: 08-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 REDES HUMANAS SA | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD redeshumanas@gmail.com | |
| TELÉFONOS 2560200 | FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 10 AÑO 2022 | | FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 11 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO TECNICO EN EMERGENCIAS Y | DEPENDENCIA NORTE | DIRECCIÓN CRA 48 #95-72 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|---|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD ROHI IPS | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@rohiips.com | |
| TELÉFONOS 8216620 | FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 1 AÑO 2021 | | FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 1 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO COMANDANTE DE AMBULANCIA | DEPENDENCIA SUR | DIRECCIÓN CRA 12 #17-04 | |

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 | 1 |
| Pública | 0 | 0 |
| Total | 3 | 1 |

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 08/08/2025 13:14:59

1604133

Documento electrónico: 8e33324bb972c45aed7fd45445c95c332218864f12f83b8a4532c5216cc06ec2
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: 08-ago-2025

Fecha Validación: 08-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. - 08-ago-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
JONATHAN CAMARGO ARIAS 08/08/2025 08:49:27
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: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 08/08/2025 13:14:59

1604133

Documento electrónico: 8e33324bb972c45aed7fd45445c95c332218864f12f83b8a4532c5216cc06ec2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4