



# 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: 25-feb-2023

Fecha Validación: 08-oct-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SALINAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ZURITA	NOMBRES EMILIANO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1022973045	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 1022973045 D.M. 51		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 16 MES DIC AÑO 1991 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 16SUR 29A 55 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2034679 EMAIL emilianosalinas9112@gmail.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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			bachiller academico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 2008

### 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	7 2020	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	1 2019	1022973045

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 08/10/2025 11:01:10

1119763

Documento electrónico: 9767a3e3946d1252cbbd7721489984b2e68219bf8e59ee3a88396f4816e7f3a6  
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: 25-feb-2023

Fecha Validación: 08-oct-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
soporte vital avanzado ACLS	saber salud	2021	48
atención integral a víctimas de la violencia sexual y	saber salud	2021	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
ALCANDIA DE FOMEQUE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Fómeque	DESARROLLOSOCIAL@FOMEQUE-	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2556898	DIA 10 MES 1 AÑO 2024		DIA 31 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
APOYO SALUD PUBLICA	DESARROLLO SOCIAL	KR 4 A 34B 85	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCANDIA DE FOMEQUE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Fómeque	emilianosalinas9112@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3125374343	DIA 2 MES 1 AÑO 2024		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA	secretaría desarrollo social	4	

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 08/10/2025 11:01:10

1119763

Documento electrónico: 9767a3e3946d1252cbbd7721489984b2e68219bf8e59ee3a88396f4816e7f3a6  
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: 25-feb-2023

Fecha Validación: 08-oct-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 Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD emilianosalinas9112@gmail.com	
TELÉFONOS 31254374343	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA 12 MES 9 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO enfermero epidemiologo	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN norte	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD hospital san vicente de paul fomeque	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Fómeque	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD subgerencia@hospitalsanvicentedeapaul-fomeque.gov.	
TELÉFONOS 5434227	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 8 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO apoyo epidemiologia	DEPENDENCIA sub gerencia	DIRECCIÓN calle 4 5 00	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalmilitarcentral@homi.gov.co	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DIA 25 MES 10 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO enfermero profesional	DEPENDENCIA departamento de enfermería	DIRECCIÓN CALLE 4A 34B 85	

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 08/10/2025 11:01:10

1119763

Documento electrónico: 9767a3e3946d1252cbbd7721489984b2e68219bf8e59ee3a88396f4816e7f3a6  
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: 25-feb-2023

Fecha Validación: 08-oct-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	0	0
Pública	5	11
Total	5	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. - 25-feb-2023  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
EMILIANO SALINAS ZURITA 25/02/2023 10:35:31  
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: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 08/10/2025 11:01:10

1119763

Documento electrónico: 9767a3e3946d1252cbbd7721489984b2e68219bf8e59ee3a88396f4816e7f3a6  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4