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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-oct-2025

Fecha Validación: 10-oct-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
APONTE	CASTELLANOS	JUAN MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 19410735

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 19410735 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 7 MES FEB AÑO 1960

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 1D 5-45 apto 101

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6019247652

EMAIL juancamelo0615@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 BASICA											TITULO Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. (X)	MES NOVIEMBRE AÑO 1981

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso en Atención Diferencial en Salud de	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	48
Curso en Atención Integral a Victimas de Violencia	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	80
Curso Primer Respondiente	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	60
Diplomado en Conducción de Vehículos de	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	120
Curso en Humanización en la Prestación de	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	48

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 10/10/2025 07:31:01

Documento electrónico: 4d8eec53045c16b179739ad7cb2606438cd5232795bc3bfa91c61b77282dfdb5

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

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Curso de derecho de las mujeres a una vida libre	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	48
Curso de Atención Integral a Victimas de	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	100
Diplomado en Atención Prehospitalaria APH en	Fundación nuestra Señora de la Esperanza	2023	120
Curso de Primer Respondiente	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2023	60
Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2023	80

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
inglés		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*
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	liderateencionalusuario@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4431790	DIA 10 MES 1 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Conductor APH	APH	Calle 66 # 15 - 41

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 10/10/2025 07:31:01

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-oct-2025

Fecha Validación: 10-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentroriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 10 MES 1 AÑO 2017	DIA 9 MES 1 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Conductor APH	Recursos Humanos	Diagonal 34 # 5-43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Santa Clara	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	servicios_ambulatorios@esesantaclara.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 1 AÑO 2014	DIA 9 MES 1 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Conductor APH	APH	Carrera 14 B No. 1 45 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Tunjuelito	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	esehospitaltunjuelito@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2059378	DIA 12 MES 8 AÑO 2009	DIA 8 MES 2 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Conductor Ambulancia APH	Recursos Humanos	Transversal 44 No. 51 B 16 SUR

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 10/10/2025 07:31:01

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-oct-2025

Fecha Validación: 10-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Sismedica LTDA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	sismedica.@sismedica.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6222429	DIA 1 MES 10 AÑO 2005	DIA 25 MES 7 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Tripulante Conductor Ambulancia	Recursos Humanos	Calle 81 No. 19 A 12

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Chapinero	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2565331	DIA 20 MES 8 AÑO 2002	DIA 14 MES 2 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Conductor de Ambulancia	Recursos Humanos	Calle 94 No. 57 40

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Secretaria de Transito y Transporte	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dibie.oac@policia.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2778700	DIA 28 MES 9 AÑO 1990	DIA 1 MES 4 AÑO 1997

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Agente de Transito IV A	Unidad de Vigilancia	Carrera 28A No. 17A 20

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 10/10/2025 07:31:01

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-oct-2025

Fecha Validación: 10-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Policia Nacional	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dibie.oac@policia.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5189559	DIA 11 MES 2 AÑO 1985	DIA 31 MES 12 AÑO 1990

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Agente	Oficina de Personal	Carrera 59 No. 26 21

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	1	9
Pública	29	10
Total	31	8

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 10/10/2025 07:31:01

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-oct-2025

Fecha Validación: 10-oct-2025

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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-oct-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
JUAN MANUEL APONTE CASTELLANOS 08/10/2025 19:10:26
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 10/10/2025 07:31:01