



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO EBRATT	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HURTADO	NOMBRES DANIEL FELIPE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1020816702	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 1020816702 D.M. 1		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES JUN AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 48 d # 68 a 12 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7317672 EMAIL maximus61@hotmail.es

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	DICIEMBRE		AÑO	2013	

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
Tecnológica	6	X	TECNOLOGIA EN ATENCION PREHOSPITALARIA	9 2019	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en	Corporación Técnica Empresarial para el trabajo	2022	1800
Curso Soporte Vital Básico	GERSCOL Centro de Capacitación en Salud	2021	40

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 28/10/2025 15:08:53

1653116

Documento electrónico: 69502b3654b7627e8872e81b30062b19e8f59a6da8652580f6df6d55c050074d
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 6 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subdirección CRUE	DIRECCIÓN Carrera 32 # 12 81	

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 certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 7 MES 12 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Atención Pre-Hospitalaria	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 28/10/2025 15:08:53

1653116

Documento electrónico: 69502b3654b7627e8872e81b30062b19e8f59a6da8652580f6df6d55c050074d
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 10 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subdirección CRUE	DIRECCIÓN Carrera 32 # 12 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 3 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subdirección CRUE	DIRECCIÓN Carrera 32 # 12 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 2 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subdirección CRUE	DIRECCIÓN Carrera 32 # 12 81	

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 28/10/2025 15:08:53

1653116

Documento electrónico: 69502b3654b7627e8872e81b30062b19e8f59a6da8652580f6df6d55c050074d
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-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 Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Atención Pre-Hospitalaria	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

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 certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 5 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2021 ✓	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Atención Pre-Hospitalaria	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 4 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 7 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA SubCRUE - DUES	DIRECCIÓN Carrera 32 # 12 81	

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 28/10/2025 15:08:53

1653116

Documento electrónico: 69502b3654b7627e8872e81b30062b19e8f59a6da8652580f6df6d55c050074d
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-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	3	11
Total	3	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. - 28-oct-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DANIEL FELIPE EBRATT HURTADO 28/10/2025 10:53:44
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.

Bogota D.C. noviembre 13 de 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 28/10/2025 15:08:53

1653116

Documento electrónico: 69502b3654b7627e8872e81b30062b19e8f59a6da8652580f6df6d55c050074d
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5