



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-nov-2025

Fecha Validación: 04-nov-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LOVERA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MANCERA	NOMBRES WILLIAM ALEXANDER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1023918959	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 1023918959 D.M. Distrito Militar 051		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 29 MES AGO AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 9 ESTE 27 - 50 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124626415 EMAIL alexander.mancera@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 en Educación Media Técnica
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría 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	11 2018	

OTROS ESTUDIOS

Diligencie este punto en estricto orden cronológico:

Nombre del curso	Institución de formación	Año terminación	Horas
------------------	--------------------------	-----------------	-------

Firma electrónica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 04/11/2025 06:31:18

1656678

Documento electrónico: 6767f045be39b659d89419b92172d8c93ab952a4882132dd1c69a14cd3655be
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: 04-nov-2025

Fecha Validación: 04-nov-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 contactenos @saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 28 MES 10 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subdireccion SGRED		DIRECCIÓN KR 32 12-81	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD CARE & HEALTH S.A.S.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Tocancipá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD care.health@sas.com	
TELÉFONOS 8698718	FECHA DE INGRESO DIA 6 MES 10 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 4 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO TECNÓLOGO EN ATENCIÓN	DEPENDENCIA URGENCIAS HOSPITAL NUESTRA		DIRECCIÓN Cra 4 # 12-34	

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 04/11/2025 06:31:18

1656678

Documento electrónico: 6767f045be39b659d89419b92172d8c93ab952a4882132dd1c69a14cd3655be
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: 04-nov-2025

Fecha Validación: 04-nov-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 certificaciones.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 4 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Programa APH	DIRECCIÓN Carrera 24c No. 53 - 47 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 contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 1 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 4 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA Subdirección CRUE	DIRECCIÓN Carrera 32 No 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 contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 7 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 1 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA Subdirección CRUE	DIRECCIÓN Carrera 32 No 12 - 81	

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 04/11/2025 06:31:18

1656678

Documento electrónico: 6767f045be39b659d89419b92172d8c93ab952a4882132dd1c69a14cd3655be
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: 04-nov-2025

Fecha Validación: 04-nov-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 Sistema Integral de Medicina Especializada en Colombia SIMEC IPS S.A.S		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Floridablanca	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD SIMECAMBULANCIAS@GMAIL.COM	
TELÉFONOS 3105601052	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 7 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 4 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Tripulante de Ambulancia	DEPENDENCIA Programa APH	DIRECCIÓN CL 7 # 5-54	

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	2
Pública	1	2
Total	2	5

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 04/11/2025 06:31:18

1656678

Documento electrónico: 6767f045be39b659d89419b92172d8c93ab952a4882132dd1c69a14cd3655be
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: 04-nov-2025

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

Firma electrónica:
WILLIAM ALEXANDER LOVERA MANCERA 04/11/2025 06:27:58
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.

Bogotá D.C 11 de noviembre de 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

July Vanessa Leal Bohorquez

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 04/11/2025 06:31:18

1656678

Documento electrónico: 6767f045be39b659d89419b92172d8c93ab952a4882132dd1c69a14cd3655be
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5