



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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 13-ene-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DURAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SALCEDO	NOMBRES JAVIER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80756173	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 80756173 D.M. 1		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES MAR AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 101 n 129 - 51 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6921396 EMAIL javdur05@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 ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE		AÑO	2000

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
Universitaria	9	X	ENFERMERIA	12 2014	80756173

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PROCESO MANEJO DEL DUELO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2027	48
SOPORTE VITAL AVANZADO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2027	120

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 13/01/2026 12:23:09

1712434

Documento electrónico: 7e4024f056d795b57fdf0cd69f186f26a29a54b8509d0343ea63801f73be7e3d
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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 13-ene-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2027	40
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2027	48
ATENCION A VICTIMAS CON AGENTES	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	48
ATENCION A VICTIMA CON AGENTES	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	48
CUIDADO DEL DONANTE	NUESTRA SELÑORA DE LA ESPERANZA	2024	60
DUELO	NUESTRA SELÑORA DE LA ESPERANZA	2024	48
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	NUESTRA SELÑORA DE LA ESPERANZA	2024	48
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	80
SOPORTE VITAL AVAnzado	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	120
SOPORTE VITAL BASICO	NUESTRA SELÑORA DE LA ESPERANZA	2023	48
MANEJO DEL DOLOR	NUESTRA SELÑORA DE LA ESPERANZA	2020	48
SOPORTE VITAL AVANZADO	ANGELES DE LA SALUD	2020	40
VIOLENCIA SEXUAL	ANGELES DE LA SALUD	2020	40
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO EN ADULTO	ANGELES DE LA SALUD	2020	160
AGENTES QUIMICOS	NUESTRA SELÑORA DE LA ESPERANZA	2020	48
VIOLENCIA SEXUAL	NUESTRA SELÑORA DE LA ESPERANZA	2020	80
SOPORTE VITAL AVANZADO	NUESTRA SELÑORA DE LA ESPERANZA	2020	120

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

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 13/01/2026 12:23:09

1712434

Documento electrónico: 7e4024f056d795b57fdf0cd69f186f26a29a54b8509d0343ea63801f73be7e3d
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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 13-ene-2026

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 CENTRO NACIONAL DE ONCOLOGIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD javdur05@hotmail.com	
TELÉFONOS 6921396	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 9 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 8 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ENFERMERO JEFE	DEPENDENCIA SALA DE CIRUGIA	DIRECCIÓN AUTOPISTA NORTE N 106 .30	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOMI	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD javdur05@hotmail.com	
TELÉFONOS 3299510	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 3 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 5 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO DOCENTE NFERMERO	DEPENDENCIA ADMIISTRATIVO	DIRECCIÓN CRA 26 No 1H 65	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MADRE LAURA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD javdur05@hotmail.com	
TELÉFONOS 3153710043	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 7 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 10 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO ENFERMERO	DEPENDENCIA CIRUGIA	DIRECCIÓN CALLE 57 No 26-12	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 13/01/2026 12:23:09

1712434

Documento electrónico: 7e4024f056d795b57fdf0cd69f186f26a29a54b8509d0343ea63801f73be7e3d
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: 07-ene-2026

Fecha Validación: 13-ene-2026

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	4
Pública	0	0
Total	1	4

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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 07-ene-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
JAVIER DURAN SALCEDO 07/01/2026 07:07:15
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: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 13/01/2026 12:23:09

1712434

Documento electrónico: 7e4024f056d795b57fdf0cd69f186f26a29a54b8509d0343ea63801f73be7e3d
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4