



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: 06-ene-2026

Fecha Validación: 09-ene-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BARRANTES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GRANOBLES	NOMBRES TATIANA CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1013658288	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 28 MES MAR AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 62 165 A 88 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3214556768 EMAIL carolinabarrantes22@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											Bachiller Comercial
SECUNDARIA											FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES
										<input checked="" type="checkbox"/>	DICIEMBRE
											AÑO
											2011

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	9	X	TERAPIA RESPIRATORIA	12 2016	1013658288

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte Vital Avanzado	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2026	100
Atención integral en salud a Víctimas de Violencia	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	80

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 09/01/2026 12:07:33

1712286

Documento electrónico: 18cfa4a8244dea12cfe79e9a824a960e94e9ada5e1ffb6438621e708605296f0
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: 06-ene-2026

Fecha Validación: 09-ene-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
REANIMACION NEONATAL	Universidad Militar Nueva granada	2024	20
MANEJO INTEGRAL EN LA UNIDAD DE	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	100
Soporte Ventilatorio	Universidad Manuela Beltran	2016	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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	tbarrantes@homil.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013598888	DIA 12 MES 9 AÑO 2023		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Terapeuta respiratorio	servicios de apoyo diagnostico y terapeutico	trasversal 3C No. 49-02	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MEDICALL		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	tbarrantes@cpo.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013612888	DIA 12 MES 1 AÑO 2021		DIA 15 MES 11 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Terapeuta respiratorio	Rehabilitacion	carrera 20 # 23-23 sur	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 09/01/2026 12:07:33

1712286

Documento electrónico: 18cfa4a8244dea12cfe79e9a824a960e94e9ada5e1ffb6438621e708605296f0
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: 06-ene-2026

Fecha Validación: 09-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 Fundación Hospital pediátrico de la misericordia	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@homifundacion.org.co	
TELÉFONOS 3811970	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 3 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 11 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Terapeuta Respiratoria	DEPENDENCIA UCI pediátrica	DIRECCIÓN Av caracas 1 65	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fundacion Neumologica Colombiana	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD informacion@neumologica.org.co	
TELÉFONOS 7428888	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 2 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Terapeuta Respiratoria	DEPENDENCIA Hospitalización y Urgencias	DIRECCIÓN cra 13 b # 161 -85	

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	7	3
Pública	2	3
Total	8	5

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 09/01/2026 12:07:33

1712286

Documento electrónico: 18cfa4a8244dea12cfe79e9a824a960e94e9ada5e1ffb6438621e708605296f0
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: 06-ene-2026

Fecha Validación: 09-ene-2026

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. - 06-ene-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
TATIANA CAROLINA BARRANTES GRANOBLER 06/01/2026 21:40:21
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 09/01/2026 12:07:33

1712286

Documento electrónico: 18cfa4a8244dea12cfe79e9a824a960e94e9ada5e1ffb6438621e708605296f0
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4