



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: 04-dic-2025

Fecha Validación: 09-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CONTRERAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ORTIZ	NOMBRES LUIS ARTURO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1094832477	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 type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES NOV AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Norte de Santander CIUDAD Cúcuta		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DG 18 A SUR 2 A 31 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3008558533 EMAIL arturcontreras11@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 BACHILLERATO ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2015

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO - BLS	INNOVASALUD	2025	45
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO	INNOVASALUD	2025	45
ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON	INNOVASALUD	2025	45
MANEJO DEL DUELO	INNOVASALUD	2025	45
MANEJO DEL DOLOR	INNOVASALUD	2025	45

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 15:31:51

1685814

Documento electrónico: 6265e1c9cfb8001371ee1d76af0a5b38c4f201443fcd2c7548f192167ed69af7
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

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 04-dic-2025

Fecha Validación: 09-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SEGURIDAD DEL PACIENTE	INNOVASALUD	2025	45
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS	INNOVASALUD	2025	45
TECNICO LABORAL EN ENFERMERIA	INSTITUTO TECNICO DE COLOMBIA	2019	1800

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredsur@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5555588	DIA 28 MES 1 AÑO 2021		DIA 31 MES 3 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Enfermería	Hospitalización	sub red sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IPS EMMANUEL		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	servicioalcliente@emmanuelips.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7433693	DIA 8 MES 3 AÑO 2020		DIA 8 MES 8 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar enfermería Domiciliario	Domicilio	Bogota	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 15:31:51

1685814

Documento electrónico: 6265e1c9cfb8001371ee1d76af0a5b38c4f201443fcd2c7548f192167ed69af7
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

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 04-dic-2025

Fecha Validación: 09-dic-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 Centro Medico La samaritana	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Norte de Santander	MUNICIPIO Los Patios	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD financiera01@centromedicolasamaritana.com	
TELÉFONOS 5808081	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 9 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 10 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermaria	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Los Patios Norte de Santander	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO BOLIVARIANO ESDISEÑOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.ibes.edu.co	
TELÉFONOS 5722743	FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 12 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 4 MES 2 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermaria	DEPENDENCIA Hospitalizacion	DIRECCIÓN Puerto santander	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Alcaldia Municipal Puerto Santander	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Norte de Santander	MUNICIPIO Puerto Santander	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alcaldia@puertosantander-nortedesantander.gov.co	
TELÉFONOS 5560135	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 6 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 9 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Cordinador de Proyectos	DEPENDENCIA Cultura	DIRECCIÓN Puerto Santander	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 15:31:51

1685814

Documento electrónico: 6265e1c9cfb8001371ee1d76af0a5b38c4f201443fcd2c7548f192167ed69af7
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

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 04-dic-2025

Fecha Validación: 09-dic-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 Alcaldía municipal Puerto santander	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Norte de Santander	MUNICIPIO Puerto Santander	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alcaldia@puertosantander-nortedesantander.gov.co	
TELÉFONOS 5660135	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 12 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 2 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO apoyo a la unidad de victimas	DEPENDENCIA Unidad de victimas	DIRECCIÓN Puerto Santander	

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	2	2
Total	3	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: 04-dic-2025

Fecha Validación: 09-dic-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-dic-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

LUIS ARTURO CONTRERAS ORTIZ 04/12/2025 09:00:05

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