



# 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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 09-dic-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO NAVARRO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEREZ	NOMBRES JUAN PABLO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 79570782	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 774892 D.M. 51		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 16 MES NOV AÑO 1972 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 72 4 54 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3102302494 EMAIL juanpablonavarro@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 BACHILLER ACADEMICO					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	1989	

### 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
Especialización médico	2	X	ESPECIALIZACION EN OTOLOGIA Y OTONEUROLOGIA	1 2010	CMC2016-9240
Especialización universitaria	8	X	ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1 2008	
Universitaria	12	X	MEDICINA	12 1997	25-124/99

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 14:03:52

1674814

Documento electrónico: 496de6c7702ab36c117ca632b23a89c5a6e952a54885ff8c7605d63e1a0b1dae  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



# 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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 09-dic-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CURSO PROMOTORES DEL CUIDADO	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2021	0
BIOSEGURIDAD 2020	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2020	30
BIOSEGURIDAD 2020	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2020	30
LAVADO DE MANOS	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTA	2020	10
MEDICINA DE LA DONACION PARA	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2019	46
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2016	40

## 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
ORL SERVICIOS MEDICOS Y VARIOS SAS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	epsempresaorl@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7025642	DIA 2 MES 2 AÑO 2012		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
OTOLOGO - OTONEUROLOGO	OTOLOGIA	CRA 54 C # 143 A - 90.	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 09/12/2025 14:03:52

1674814

Documento electrónico: 496de6c7702ab36c117ca632b23a89c5a6e952a54885ff8c7605d63e1a0b1dae  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



# 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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 09-dic-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	13	10
Pública	0	0
Total	13	10

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. - 24-nov-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
JUAN PABLO NAVARRO PEREZ 24/11/2025 11:13:22  
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 09/12/2025 14:03:52

1674814

Documento electrónico: 496de6c7702ab36c117ca632b23a89c5a6e952a54885ff8c7605d63e1a0b1dae  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3