



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: 02-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PLAZAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HUERTAS	NOMBRES JUAN CAMILO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1000699205	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 5 MES MAR AÑO 2001 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 1 A ESTE 160 A 77 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3143671431 EMAIL juanka100789@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 académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2017	

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	10	X	INGENIERIA INDUSTRIAL	12 2022	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 02/12/2025 12:26:16

1674808

Documento electrónico: 0d62a7ae8edbe1b103bd97be8b46eed9878cb1e061b0cbe5ac408744c3aad65
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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 9 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I	DEPENDENCIA CONTRATACION	DIRECCIÓN CONTRATACION	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS 3849160	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 12 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 5 MES 9 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Apoyo tecnológico 1	DEPENDENCIA cuentas por pagar	DIRECCIÓN +57 601 3849160	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 02/12/2025 12:26:16

1674808

Documento electrónico: 0d62a7ae8edbe1b103bd97be8b46eed9878cb1e061b0cbe5ac408744c3aad65
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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 02-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 ecorporation s.a.s	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ecorporationsas@hotmail.com	
TELÉFONOS 3202344111	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 9 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 4 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO auxiliar administrativo y operativo	DEPENDENCIA operaciones	DIRECCIÓN calle 78#69h-36	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Iron Mountain S.AS.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@ironmountain.com.co	
TELÉFONOS 7421904	FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 6 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA 9 MES 6 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO practicante sst	DEPENDENCIA empleado	DIRECCIÓN avenida carrera 45 #114-44 oficina 503	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD gran americas fontibon 1	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@gafontibon.co	
TELÉFONOS 3174348913	FECHA DE INGRESO DIA 26 MES 12 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DIA 9 MES 6 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO operador de plataforma y control	DEPENDENCIA empleado	DIRECCIÓN carrera 116 #19a-49	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 02/12/2025 12:26:16

1674808

Documento electrónico: 0d62a7ae8edbe1b103bd97be8b46eed9878cb1e061b0cbe5ac408744c3aad65
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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 02-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	3	1
Pública	0	11
Total	4	1

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 CAMILO PLAZAS HUERTAS 24/11/2025 11:11:34
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: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 02/12/2025 12:26:16

1674808

Documento electrónico: 0d62a7ae8edbe1b103bd97be8b46eed9878cb1e061b0cbe5ac408744c3aad65
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4