



# 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: 25-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUERRERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FERNANDEZ	NOMBRES IVAN ORLANDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 7181944	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 7181944 D.M. 7		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES AGO AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Socotá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 36 1 C 81 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4649170 EMAIL iguefercol@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 BÁSICA											TÍTULO      Bachiller académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	1999	

### 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	12	X	DOCTOR EN MEDICINA	8 2008	1545/2010

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ACLS	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2025	120
Atención Integral a Víctimas de Quemadura con	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2025	48

Firma electrónica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 02/12/2025 12:47:19

1676195

Documento electrónico: ae55a4ed9b9da2afa10ec91d597aa0e7163c8fa1c8e24100baf7313a98467ad9  
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: 25-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Sedación Grado I y II Básica	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2025	100
Diplomado de competencias esenciales para el	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2025	120
Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual -	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2024	40
Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2023	120
Soporte Vital Básico RCP (BLS)	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2023	48
Protocolos básicos de Sedación Grado I y II	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2023	48
GESTION DEL DUELO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	2
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	INABTEC- RESCUE	2022	48
ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A	COORDINA	2021	50
Soporte vital avanzado	Coordina	2021	48
Soporte vital basico	Coordina	2021	20

## 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
inglés	X				X			X	

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 Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correspondencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DIA 20 MES 7 AÑO 2021		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MÉDICO GENERAL AMBULANCIA	DIRECCION DE URGENCIAS	CALLE 66 # 15-41	

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 02/12/2025 12:47:19

1676195

Documento electrónico: ae55a4ed9b9da2afa10ec91d597aa0e7163c8fa1c8e24100baf7313a98467ad9  
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: 25-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	sirc@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 16 MES 11 AÑO 2017		DÍA 30 MES 4 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico	Ambulancia	calle 34 # 5 - 43	

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	0	0
Pública	8	0
Total	8	0

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 02/12/2025 12:47:19

1676195

Documento electrónico: ae55a4ed9b9da2afa10ec91d597aa0e7163c8fa1c8e24100baf7313a98467ad9  
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: 25-nov-2025

Fecha Validación: 02-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. - 25-nov-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
IVAN ORLANDO GUERRERO FERNANDEZ 25/11/2025 06:52:36  
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: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 02/12/2025 12:47:19

1676195

Documento electrónico: ae55a4ed9b9da2afa10ec91d597aa0e7163c8fa1c8e24100baf7313a98467ad9  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4