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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-feb-2026

Fecha Validación: 20-feb-2026

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| CHAVES | SIERRA | EDWIN ANDRÉS |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80227675

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80227675 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 19 MES MAR AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 18a # 3b - 13 Piso 3

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124858249

EMAIL santisantiago1207@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 BASICA | | | | | | | | | | | TITULO Bachillerato Académico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES AGOSTO AÑO 2001 |
| | | | | | | | | | | X | |

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| Primeros Auxilios | Cruz Roja | 2020 | 8 |
| Ruta institucional para el manejo del Coronavirus | Secretaría de Salud de Bogotá | 2020 | 20 |
| Formación básica COVID-19 | Cruz Roja | 2020 | 4 |
| Primer respondiente | Idiger - SED Bogotá | 2020 | 4 |
| Conductores de vehículos de emergencia | Instituto Vertical | 2020 | 40 |

Firma electronica validador: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ 20/02/2026 11:49:41



Documento electrónico: 712445a377b7df61ecb1ae65732f8a291649cd6d283c3b89a8fff6f14336af54

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

***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*<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>subredcentrooriente@gmail.com |
| *TELÉFONOS*<br>3827327 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 23 MES 11 AÑO 2023 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Conductor de ambulancia | *DEPENDENCIA*<br>Emergencias | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 22 sur # 2 - 35 |

| ***EMPLEO O CONTRATO*** | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Emi | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>contacto@emi.com.co |
| *TELÉFONOS*<br>7422080 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 31 MES 8 AÑO 2008 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 3 MES 6 AÑO 2015 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Conductor de ambulancia | *DEPENDENCIA*<br>Emergencias | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 19 # 69f - 45 |

Firma electronica validador: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ 20/02/2026 11:49:41

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-feb-2026

Fecha Validación: 20-feb-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* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| Secretaría Distrital De Salud | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | planeacion.hok@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 7799800 | DIA 23 MES 10 AÑO 2007 | DIA 30 MES 4 AÑO 2008 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Conductor de ambulancia | Emergencias | Av. 1 de Mayo #40B-54 |

## 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 | 6 | 9 |
| Pública | 2 | 9 |
| Total | 9 | 6 |

Firma electronica validador: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ 20/02/2026 11:49:41



Documento electrónico: 712445a377b7df61ecb1ae65732f8a291649cd6d283c3b89a8fff6f14336af54

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

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-feb-2026

Fecha Validación: 20-feb-2026

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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. - 12-feb-2026

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma electrónica:

EDWIN ANDRÉS CHAVES SIERRA 12/02/2026 15:11:22

*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: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ 20/02/2026 11:49:41



Documento electrónico: 712445a377b7df61ecb1ae65732f8a291649cd6d283c3b89a8fff6f14336af54

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