



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>HUERTAS                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>GRANOBLES                        | NOMBRES<br>JIMMY CESAR ARLEY                                                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 79317528 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                              |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 79317528 D.M. 55          |                                                                    |                                                                                                                                                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 21 MES AGO AÑO 1962<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 46 187 39<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6705202<br>EMAIL loreang1@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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO BACHILLER ACADEMICO |           |  |     |      |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|----------------------------|-----------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO             |           |  |     |      |  |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                        | NOVIEMBRE |  | AÑO | 1984 |  |

### 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 | 12            | X        | MEDICO GENERAL Y CIRUJANO |  | 12          | 1992 | 79317528       |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                       | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|-------|
| PROTOCOLO DE ANESTESIA BASICO Y | Servicios Integrales en Enfermería, Terapia y  | 2021            | 130   |
| PRIMER RESPONDEDOR A VICTIMAS   | Institucional Nacional Brigadistas Técnicos de | 2021            | 5     |

Firma electronica validador: null

74564

Documento electrónico: null  
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)

Hoja de vida sin validar



## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                         | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|-------|
| SOPORTE VITAL CARDIACO AVANZADO | Escuela Técnica De Capacitaciones Colombo-Latina | 2021            | 48    |
| Misión Médica                   | Secretaría Distrital de Salud de Bogota          | 2020            | 10    |

## 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 centro oriente E.S.E | X                        |                      | Colombia                   |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO                |                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.              |                      | loreang1@gmail.com         |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO         |                      | FECHA DE RETIRO            |
| 3444484                                                     | DIA 1 MES 1 AÑO 2016     | DIA 8 MES 3 AÑO 2016 |                            |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA              | DIRECCIÓN            |                            |
| medico                                                      | atencion prehospitolaria | diagonal 34 N. 5 43  |                            |

| EMPLEO O CONTRATO                |                                |                       |                            |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                | PÚBLICA                        | PRIVADA               | PAÍS                       |
| HOSPITAL TUNAL TERCER NIVEL ESE. | X                              |                       | Colombia                   |
| DEPARTAMENTO                     | MUNICIPIO                      |                       | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| Bogotá D.C.                      | Bogotá D.C.                    |                       | no aplica                  |
| TELÉFONOS                        | FECHA DE INGRESO               |                       | FECHA DE RETIRO            |
| 7428585                          | DIA 19 MES 11 AÑO 2015         | DIA 30 MES 7 AÑO 2016 |                            |
| CARGO O CONTRATO                 | DEPENDENCIA                    | DIRECCIÓN             |                            |
| MEDICO VEHICULO DE RESPUESTA     | ATENCION PREHOSPITALARIA. APH. | CRA 20 N 77 B 35 SUR  |                            |

Firma electronica validador: null

74564

Documento electrónico: null  
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)

Hoja de vida sin validar



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>TRANSPORTE AMBULATORIO MEDICO S.A.S. | PÚBLICA                                       | PRIVADA<br>X                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                               | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>no aplica  |                  |
| TELÉFONOS<br>2164863                                      | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 2 MES 11 AÑO 2011     | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 1 MES 11 AÑO 2012 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO VEHICULO DE RESPUESTA          | DEPENDENCIA<br>ATENCION PREHOSPITALARIA. APH. | DIRECCIÓN<br>CALLE 140 N. 19 40          |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                        |                                              |                                           |                  |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMERMEDICA S.A.     | PÚBLICA                                      | PRIVADA<br>X                              | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.              | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>no aplica   |                  |
| TELÉFONOS<br>3077098                     | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 5 MES 5 AÑO 2011     | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 13 MES 11 AÑO 2012 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO DE AMBULANCIA | DEPENDENCIA<br>ATENCION PREHOSPITALARIA APH. | DIRECCIÓN<br>CRA. 19 B N. 189 45          |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                       |                                          |                                          |                  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL DE USME   | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.             | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>no aplica  |                  |
| TELÉFONOS<br>7660666                    | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 4 AÑO 2010 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 26 MES 8 AÑO 2010 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO DE URGENCIAS | DEPENDENCIA<br>URGENCIAS                 | DIRECCIÓN<br>TV. 2 N. 135 78 SUR         |                  |

Firma electronica validador: null

74564

Documento electrónico: null  
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)

Hoja de vida sin validar



## 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>VIVIR IPS LTDA. | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                            | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.          | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>no aplica |                                          |
| TELÉFONOS<br>3627960                 | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 11 AÑO 2000 |                                         | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 5 AÑO 2005 |
| CARGO O CONTRATO<br>MEDICO           | DEPENDENCIA<br>CONSULTA URGENCIAS.        | DIRECCIÓN<br>CALLE 30 SUR N. 12 10 ESTE |                                          |

## 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                     | 1     |
| Pública   | 1                     | 1     |
| Total     | 7                     | 2     |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



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. - null

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
null

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: null