



# 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 NEGRETE		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LEVETTE		NOMBRES JORGE ANDRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 80229761			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 80229761 D.M. 33					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES ENE AÑO 1980 PAÍS Colombia DEPTO Cesar CIUDAD Valledupar			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 128 B N 58 A 20 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3178948352 EMAIL jnegretel@yahoo.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	1996

### 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Maestría	1		X	MAESTRÍA EN ECONOMÍA DE LA SALUD	6	2020	
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	12	2016	
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	1	2009	5105/04
Universitaria	12	X		MEDICINA	11	2003	5105/04

Firma electronica validador: null

424825

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
ADMINISTRACION DEL RIESGO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2026	8
DIPLOMADO EN CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO - ACLS	ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES	2025	120
	ESCUELA TECNICA DE CAPACITACIONES	2025	40
	SABER SALUD	2023	40
ATENCION VICTIMAS SUSTANCIAS QUIMICAS	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	24
SOPORTE VITAL BASICO - BLS	SABER SALUD	2023	40
GESTION OPERATIVA DE TRANSPLANTE DE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2022	60
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2022	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
alemán			X		X			X	
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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Alemania
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contabilidad@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO Prestación de servicios	DEPENDENCIA Direccion Hospitalaria	DIRECCIÓN CR 20 N 47B - 35	

Firma electronica validador: null



# 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			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> subredosuroccidente@gmail.com
<b>TELÉFONOS</b> 4860033	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 14 MES 6 AÑO 2019		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA MES AÑO
<b>CARGO O CONTRATO</b> Medico Internista	<b>DEPENDENCIA</b> USS Fontibon	<b>DIRECCIÓN</b> Cra 99 N 16i 20	
EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Clinica Colsanitas Santa maria del lago	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> sanitas@sanitaseps.com
<b>TELÉFONOS</b> 0317689056	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 1 MES 5 AÑO 2019		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 31 MES 10 AÑO 2020
<b>CARGO O CONTRATO</b> Médico Internista	<b>DEPENDENCIA</b> Dirección científica	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 73A #76-66	
EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> IPS Arcasalud s.a.s.	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Cundinamarca	<b>MUNICIPIO</b> Zipaquirá		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> c.thumano@ipsarcasalud.com
<b>TELÉFONOS</b> 7428728	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 1 MES 8 AÑO 2017		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 10 MES 6 AÑO 2019
<b>CARGO O CONTRATO</b> Director Científico	<b>DEPENDENCIA</b> Gerencia	<b>DIRECCIÓN</b> CRA 5 n10 24	

Firma electronica validador: null

424825

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			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Hospital universitario Clinica San Rafael	<b>PÚBLICA</b> <input type="checkbox"/>	<b>PRIVADA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> sanrafaelinfo@sanrafael.com
<b>TELÉFONOS</b> 3282300	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>
<b>CARGO O CONTRATO</b> Medico Internista	<b>DEPENDENCIA</b> Medicina Interna	<b>DIRECCIÓN</b> Cra 8 N 17 sur 31	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Hospital Universitario la Samaritana	<b>PÚBLICA</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>PRIVADA</b> <input type="checkbox"/>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> Infohus@gmail.com
<b>TELÉFONOS</b> 4074075	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA <input type="text" value="3"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>
<b>CARGO O CONTRATO</b> Medico Internista	<b>DEPENDENCIA</b> Dirección Científica	<b>DIRECCIÓN</b> Cra 8 N 0 - 55	

## 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	4	6
Pública	13	2
Total	15	1

Firma electronica validador: null



# 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