



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: 28-jul-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RAMIREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANTOS	NOMBRES HANS DAVID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1032397464	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 87100959346 D.M. 2		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 9 MES OCT AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 58 # 2a 52 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7755449 EMAIL hans.17.92.hr@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 NOVIEMBRE AÑO 2004	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	SERVICIO DE ASISTENCIA VITAL EN	2019	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	SERVICIO DE ASISTENCIA VITAL EN	2019	40
ATENCION PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA	ANGELES DE LA SALUD	2018	40



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: 28-jul-2020

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 Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	.	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7	DIA 15 MES 2 AÑO 2019	DIA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ENFERMERIA APH	APH	HOSPITAL TUNAL	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3499080	DIA 10 MES 1 AÑO 2018	DIA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar enfermería APH	A.P.H.	Calle 66 #15 - 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DEL SUR E. S. E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 8 MES 1 AÑO 2016	DIA 10 MES 1 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar enfermería APH	A.P.H	Calle 9 #39-46	



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: 28-jul-2020

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 LÍNEA MÉDICA DE AMBULANCIAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD amatallana@lineamedicadeambulancias.com.co	
TELÉFONOS 2631900	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 8 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Asistencial	DIRECCIÓN Cra 71D # 25B 49	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.sudredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 7 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Camillero	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Calle 9# 39-46	

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	4
Pública	3	6
Total	6	11

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



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: 28-jul-2020

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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