



# 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 ARIZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VASQUEZ	NOMBRES EDWIN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 80215580	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 80215580 D.M. 58		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 7 MES MAY AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7911145 EMAIL edwinarizavasquez2015@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 académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2003	

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA	FEE ESTUDIO EMPRESARIAL	2018	280

Firma electronica validador: null

520391

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



## 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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DIA 23 MES 8 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 11 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA GESTION DEL RIESGO	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 1 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 14 MES 6 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA GESTION DEL RIESGO	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

Firma electronica validador: null

520391

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsurgov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 1 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Gestión del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsurgov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 10 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsurgov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 1 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

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			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD INCOLGER CERIT SANITAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD edwinarizavasquez2015@gmail.com	
TELÉFONOS 3232331360	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 4 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 4 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO auxiliar enfermeria	DEPENDENCIA enfermeria	DIRECCIÓN AK 70No 66_14	

## 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	2	6
Total	2	7

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 02-enero-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electronica:

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