



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: 30-jun-2026

Fecha Validación: 16-jul-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FANDIÑO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RINCON	NOMBRES CARLOS ALBERTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1016088152	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES AGO AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 94 A 58 10 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6017501995 EMAIL betho9623@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	NOVIEMBRE		AÑO	2012	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar de	Instituto Técnico de Colombia por Competencias S.	2015	1800

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 16/07/2026 09:33:09

1781583

Documento electrónico: cf504755e5c765a8aa4f9fdfaac62dcdf76f83b043c10401e5186cd85f150277
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 6



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: 30-jun-2026

Fecha Validación: 16-jul-2026

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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 6 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA CRUE	DIRECCIÓN Cra 32 # 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 3 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA CRUE	DIRECCIÓN Cra 32# 12 -81	

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 16/07/2026 09:33:09

1781583

Documento electrónico: cf504755e5c765a8aa4f9fdfaac62dcdf76f83b043c10401e5186cd85f150277
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



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: 30-jun-2026

Fecha Validación: 16-jul-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 3 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 2 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA CRUE	DIRECCIÓN KR 32 12-81	

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 6017428585	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 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 6017428585	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 35 sur	

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 16/07/2026 09:33:09

1781583

Documento electrónico: cf504755e5c765a8aa4f9fdfac62dcd76f83b043c10401e5186cd85f150277
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 6



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: 30-jun-2026

Fecha Validación: 16-jul-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		
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		certificacionesops@subredsur.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
6017428585	DIA 1	MES 2	AÑO 2020	DIA 29	MES 2	AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Contratista	Unidad Funcional de APH		Cra 20 # 47B - 35 sur			

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.		certificacionesops@subredsur.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
6017428585	DIA 1	MES 9	AÑO 2019	DIA 31	MES 1	AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Contratista	Unidad Funcional de APH		Cra 20 # 47B - 35 sur			

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.		certificacionesops@subredsur.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
6017428585	DIA 22	MES 3	AÑO 2019	DIA 31	MES 8	AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Contratista	Unidad Funcional de APH		Cra 20 # 47B - 35 sur			

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 16/07/2026 09:33:09

1781583

Documento electrónico: cf504755e5c765a8aa4f9fdfac62dcd76f83b043c10401e5186cd85f150277
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



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: 30-jun-2026

Fecha Validación: 16-jul-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 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 6017428585	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 2 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 3 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Red Médica I.P.S.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerenciaredmedicaipssas@gmail.com	
TELÉFONOS 6016183656	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 8 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería y Radio operador	DEPENDENCIA Programa APH	DIRECCIÓN Calle 92 # 60 -40	

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	2	5
Pública	5	1
Total	7	6

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 16/07/2026 09:33:09

1781583

Documento electrónico: cf504755e5c765a8aa4f9fdfaac62dcd76f83b043c10401e5186cd85f150277
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 6



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: 30-jun-2026

Fecha Validación: 16-jul-2026

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. - 30-jun-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
CARLOS ALBERTO FANDIÑO RINCON 30/06/2026 03:12:37
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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 16/07/2026 09:33:09