



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

SIDE APO

Última Actualización: 17 dic 2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FREILE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RESTREPO	NOMBRES ARLINTON MIGUEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C C ☒ C E ☐ PAS ☐ No. 72251354	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 72251354 D.M. primero		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES JUL AÑO 1980 PAÍS COLOMBIA DEPTO Atlántico CIUDAD BARRANQUILLA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 68 B No. 22 A -71 Interior 4 Apt 113 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. CIUDAD BOGOTÁ D. C. TELEFONO 7215138 EMAIL lycan1327@hotmail.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	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	Bachiller académico	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	FECHA DE GRADO	
										☒	MES NO AÑO 1997	

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
UN	10	X	BACTERIOLOGO	2 2008	72251354
ES	2	X	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA	12 2017	



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

Última Actualización: 17 de 2017

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
SERVICIOS Y ASESORÍAS S.A Hospital del Sur E.S.E		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
662 1111	DÍA 1 MES 3 AÑO 2011		DÍA 1 MES 4 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Bacteriologo	Laboratorio Clínico.	Avenida Cra 104 No. 152 C 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SERVICIOS Y ASESORÍAS S.A Hospital del Sur E.S.E		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
662 1111	DÍA 10 MES 2 AÑO 2010		DÍA 10 MES 2 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Bacteriologo	Laboratorio Clínico.	Avenida Cra 104 No. 152 C 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SERVICIOS Y ASESORÍAS S.A Hospital del Sur E.S.E		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
662 1111	DÍA 1 MES 11 AÑO 2009		DÍA 30 MES 1 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Bacteriologo	Laboratorio Clínico.	Avenida Cra 104 No. 152 C 50	

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
PUBLICO	0	11
PRIVADO	3	5



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

SIDE APO

Última Actualización: 17-dic-2017

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 RED DE SALUD NORTE ESE HOSPITAL DE SUBA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD webmaster@esesuba.gov.com	
TELÉFONOS 6583030	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Bacteriologo	DEPENDENCIA Laboratorio clinico	DIRECCIÓN Carrera 68 B No. 22A 71. Interior 4 Apt 113.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS Y ASESORIAS S.A ESE HOSPITAL DE SUBA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comunicaciones@serviasesorias.com.co	
TELÉFONOS 6674488	FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 1 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Bacteriologo	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico.	DIRECCIÓN Avenida Cra 104 No. 152 C 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS Y ASESORIAS S.A ESE HOSPITAL DE SUBA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTÁ D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 662 1111	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 5 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Bacteriologo	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico	DIRECCIÓN Avenida Cra 104 No. 152 C 50	



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

SIDE APO

CENTRO DE INFORMACIÓN Y CONTROL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17 de 2017

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	4

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 50. DE LA LEY 190/95)

Ciudad y fecha del diligenciamiento

17-12-2017


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