



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: 16-jun-2023

Fecha Validación: 21-jun-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CARRANZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BARON	NOMBRES ALDEMAR STEVEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1020783722	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1020783722 D.M. 52		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 28 MES JUL AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 181C 1391 TO 36 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5789645 EMAIL ascb25@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 BASICA											TITULO BACHILLER TECNICO EN					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2009	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría 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
Universitaria	12	X	MEDICINA		6	2016	1020783722

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	HEALTH TRAINIG	2023	20
SOPORTE VITAL AVANZADO	HEALTH TRAINIG	2023	48
MANEJO DEL DOLOR	HEALTH TRAINIG	2021	40
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIONES DE	HEALTH TRAINIG	2021	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: 16-jun-2023

Fecha Validación: 21-jun-2023

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atencion integral a victimas de violencia sexual y de	HEALTH TRAINIG	2021	40
Diplomado de actualizacion para medicos	Universidad del Rosario	2020	110
Medicina de la Donación para Trasplantes: Líder de	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2020	46
Manejo integral de la desnutricion aguda, moderada	UNICEF	2020	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
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
Clinica Juan N Corpas		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	asistente_ghumana@juannncorpas.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6865000	DIA 11 MES 1 AÑO 2022		DIA 6 MES 5 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Medico General	Urgencias	Carrera 111 No. 159A-61 Suba. Bogotá-	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Mario Gaitan Yanguas	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Soacha	notificacionjudicial@hmg.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7309230	DIA 20 MES 11 AÑO 2021		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO GENERAL	URGENCIAS	Calle 13 No. 10 - 85 Soacha	



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: 16-jun-2023

Fecha Validación: 21-jun-2023

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 SUROCCIDENTE USS BOSA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.esebosa@gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7764038	DIA 28 MES 5 AÑO 2018		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIAS PEDIATRICAS	CALLE 65D SUR 79C-90	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coordinacionmedicaurgencias@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7428585	DIA 26 MES 8 AÑO 2017		DIA 31 MES 5 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIAS	Diagonal 34 # 5-50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA EUSALUD SEDE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	procesos.juridicos@eusalud.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4320878	DIA 13 MES 4 AÑO 2017		DIA 30 MES 8 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIAS	Cra. 78 #3a40	



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: 16-jun-2023

Fecha Validación: 21-jun-2023

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	altamiracaps@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7428585	DÍA 3 MES 1 AÑO 2017		DÍA 31 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIAS	Diagonal 34 # 5-50	

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.	matemohtunjujuelito@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7428585	DÍA 1 MES 9 AÑO 2016		DÍA 31 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIAS	Calle 48 B SUR # 28 - 80	

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	1	8
Pública	6	4
Total	6	9



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: 16-jun-2023

Fecha Validación: 21-jun-2023

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. - 16-jun-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Aldemar Steven Carranza

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