



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: 10-jul-2024

Fecha Validación: 06-ago-2024

1

DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>PEÑALOZA                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>LOZANO                           | NOMBRES<br>JUAN GUILLERMO                                                                                                                                 |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1032471724 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                     |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                           |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 22 MES MAY AÑO 1995<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 158 93 A 37<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 1111111<br>EMAIL juangpenaloza@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 Técnico Comercial |  |
| 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 |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-------|
| Curso de Soporte Vital Avanzado         | GERSCOL                           | 2021            | 48    |
| Atención a víctimas de violencia sexual | GERSCOL                           | 2021            | 40    |
| Curso de Soporte Vital Básico           | GERSCOL                           | 2021            | 40    |
| Curso uso y manejo del DEA              | GERSCOL                           | 2021            | 40    |
| Tecnología en Atención Prehospitalaria  | Universidad Militar Nueva Granada | 2020            | 185   |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 17:25:44



# 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: 10-jul-2024

Fecha Validación: 06-ago-2024

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO       | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN     | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------|------------------------------|-----------------|-------|
| Bleeding control basic | American College of Surgeons | 2020            | 12    |

## 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                                   | PÚBLICA                | PRIVADA                            | PAÍS            |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | X                      |                                    | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                        | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |                 |
| Bogotá D.C.                                         | Bogotá D.C.            | correspondencia@subrednorte.gov.co |                 |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO       |                                    | FECHA DE RETIRO |
| 6014431790                                          | DIA 16 MES 12 AÑO 2022 |                                    | DIA  MES  AÑO   |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA            | DIRECCIÓN                          |                 |
| Tecnologo en APH                                    | Urgencias              | Calle 66 # 15-41                   |                 |

| 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.          | radicacionmediosselectronicos@subredcentrooriente. |                        |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO     |                                                    | FECHA DE RETIRO        |
| 6013282828                                                   | DIA 1 MES 4 AÑO 2022 |                                                    | DIA 31 MES 10 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                          |                        |
| Tecnologo en Atencion Prehospitalaria                        | Urgencias            | Diagonal 34 N° 5 - 43                              |                        |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 17:25:44

1343887

Documento electrónico: d731e09f72976c4654d73e5f88b6a446d25ed6ae9cf7888cb62375aefa4b9939  
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 10-jul-2024

Fecha Validación: 06-ago-2024

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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                                          | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                       | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>radicacionmedios electronicos@subredcentrooriente. |                  |
| TELÉFONOS<br>6013282828                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 4 AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 10 AÑO 2023                                        |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Tecnologo en Atención Prehospitalaria                         | DEPENDENCIA<br>Urgencias                 | DIRECCIÓN<br>Diagonal 34 N° 5 - 43                                               |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                             |                                          |                                                 |                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Ambucol SAS              | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                   | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>ambucol@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>6014711757                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 2 MES 2 AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 1 MES 4 AÑO 2022         |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Tripulante de ambulancias | DEPENDENCIA<br>Urgencias                 | DIRECCIÓN<br>Calle 151 # 94-38                  |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                         |                                          |                                                          |                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>AMS Ambulancias                      | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                               | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>info@amsambulancias.com.co |                  |
| TELÉFONOS<br>7023608                                      | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 8 MES 9 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 16 MES 10 AÑO 2021                |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Tecnologo en Atención Prehospitalaria | DEPENDENCIA<br>Urgencias                 | DIRECCIÓN<br>Calle 79 # 28b-39                           |                  |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 17:25:44

1343887

Documento electrónico: d731e09f72976c4654d73e5f88b6a446d25ed6ae9cf7888cb62375aefa4b9939  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 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.



Última Actualización: 10-jul-2024

Fecha Validación: 06-ago-2024

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<br>Rescate y emergencias médicas | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                                         | PAÍS<br>Colombia                        |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                       | MUNICIPIO<br>Chía                         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>rescate_emergenciasmedicas@hotmail.com |                                         |
| TELÉFONOS<br>3108627576                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 26 MES 6 AÑO 2021 |                                                                      | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 5 MES 9 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO<br>Tripulante de ambulancia       | DEPENDENCIA<br>Urgencias                  | DIRECCIÓN<br>Cra 7#10-14                                             |                                         |

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                     | 5     |
| Pública   | 2                     | 4     |
| Total     | 2                     | 9     |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 06/08/2024 17:25:44



# 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: 10-jul-2024

Fecha Validación: 06-ago-2024

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. - 10-jul-2024

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

JUAN GUILLERMO PEÑALOZA LOZANO 10/07/2024 02:48:43

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