



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-jun-2026

Fecha Validación: 18-jun-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO JIMENEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FRANCO	NOMBRES DANIEL ARTURO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1020762516	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 1020762516 D.M. 4		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/> EMAIL <input type="text"/>	

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				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JUNIO	AÑO	2009

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
Especialización médico	10	X	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE URGENCIAS	3 2025	1020762516
Universitaria	12	X	MEDICINA	6 2017	1020762516

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 18/06/2026 15:03:09 1775299 Documento electrónico:



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-jun-2026

Fecha Validación: 18-jun-2026

ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TITULO OBTENIDO	MES	AÑO	PROFESIONAL
-----------	-----------	----	----	-------------------	-----	-----	-------------

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL AVANZADO RCP (ACLS)	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	120
CURSO SOPORTE VITAL BASICO RCP (BLS)	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	48
CURSO ATENCION DIFERENCIAL EN SALUD A	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	48
CURSO PROTOCOLOS DE ATENCION	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	48
CURSO DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	80
CURSO DE ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	48
CURSO COMPETENCIAS ESENCIALES PARA EL	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	60
CURSO MANEJO INTEGRAL EN LA UNIDAD DE	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	120
CURSO DE HUMANIZACION EN LA	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	48
SOPORTE VITAL BASICO	AMERICAN HEART ASSOCIATION	2022	48

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuoccidente.gov.co	

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 18/06/2026 15:03:09 1775299 Documento electrónico:



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-jun-2026

Fecha Validación: 18-jun-2026

TELÉFONOS 6013849160	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2025"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO MEDICO ESPECIALISTA URGENCIOLOGO	DEPENDENCIA URGENCIAS USS FONTIBON	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46

3 EXPERIENCIA LABORAL

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés		X				X			X
español (o castellano)		X			X				X

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL
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 Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 6013682246	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="14"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2017"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2025"/>	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL SERVICIOS	DEPENDENCIA URGENCIAS USS FONTIBON	DIRECCIÓN Calle 9 No. 39 - 46	

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	8	9
Total	8	9

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 18/06/2026 15:03:09 1775299 Documento electrónico:



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-jun-2026

Fecha Validación: 18-jun-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. - 18-jun-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO 18/06/2026 14:56:36
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.

BOGOTA D.C. - 18-jun-2026

Ciudad y fecha

Firma electrónica:
YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 18/06/2026 15:

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 18/06/2026 15:03:09 1775299 Documento electrónico: