

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD IPS ASOCIACIÓN DE NEUROLOGÍA Y SALUD MENTAL INTEGRAL - NEUMÍN	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MONTERÍA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Director Médico	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA IMAT – ONCOMÉDICA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MONTERÍA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>	
CARGO O CONTRATO Médico Neurólogo	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA IMAT – ONCOMÉDICA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MONTERÍA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	
CARGO O CONTRATO Médico Neurólogo	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MONTERÍA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="2001"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	
CARGO O CONTRATO Médico Neurólogo	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MONTERÍA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 0,5 MES 1,2 AÑO 2,0,0,7	FECHA DE RETIRO DÍA 0,6 MES 0,2 AÑO 2,0,1,4	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Especializado Forense	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MONTERÍA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 0,2 MES 0,8 AÑO 2,0,0,5	FECHA DE RETIRO DÍA 1,2 MES 0,2 AÑO 2,0,0,7	
CARGO O CONTRATO Gerente	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO SAHAGÚN	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1,5 MES 0,5 AÑO 2,0,0,2	FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 1,2 AÑO 2,0,1,5	
CARGO O CONTRATO Médico Neurólogo	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CORDOBA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MONTERÍA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1,3 MES 0,8 AÑO 2,0,0,3	FECHA DE RETIRO DÍA 0,7 MES 0,1 AÑO 2,0,0,4	
CARGO O CONTRATO Secretario de Hacienda Departamental	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE ECOPETROL		PÚBLICA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BARRANCABERMEJA	MUNICIPIO SANTANDER	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1,1"/> MES <input type="text" value="0,1"/> AÑO <input type="text" value="2,0,0,0"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="3,1"/> MES <input type="text" value="0,3"/> AÑO <input type="text" value="2,0,0,0"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Médico Neurólogo	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES CLINICA PRIMERO DE MAYO		PÚBLICA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BARRANCABERMEJA	MUNICIPIO SANTANDER	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="0,9"/> MES <input type="text" value="1,2"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,9"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="3,1"/> MES <input type="text" value="0,3"/> AÑO <input type="text" value="2,0,0,0"/>	
CARGO O CONTRATO Médico Neurólogo	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD SOCIEDAD ESCANOGRAFICA DE LA COSTA – SESCA		PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MONTERÍA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="0,1"/> MES <input type="text" value="0,7"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,3"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="3,1"/> MES <input type="text" value="1,2"/> AÑO <input type="text" value="2,0,1,2"/>	
CARGO O CONTRATO Médico Neurólogo – Interprete de Escenografías Cerebrales	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE VALENCIA		PÚBLICA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VALENCIA	MUNICIPIO CÓRDOBA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="0,3"/> MES <input type="text" value="0,5"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,9"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="0,2"/> MES <input type="text" value="0,8"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,9"/>	
CARGO O CONTRATO Asesor en Salud	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> E.S.E. CAMU SAN PELAYO	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> SAN PELAYO	<i>MUNICIPIO</i> CÓRDOBA	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="1,1"/> MES <input type="text" value="0,3"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,9"/>	<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="1,0"/> MES <input type="text" value="0,9"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,9"/>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> Asesor en Salud	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DE CORDOBA DASALUD	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> MONTERÍA	<i>MUNICIPIO</i> CÓRDOBA	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="0,5"/> MES <input type="text" value="0,1"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,8"/>	<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="1,3"/> MES <input type="text" value="0,7"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,8"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> Director	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> SOCIEDAD ESCANOGRFICA DE LA COSTA	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> X	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> MONTERÍA	<i>MUNICIPIO</i> CÓRDOBA	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value="0,1"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,4"/>	<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value="0,1"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,5"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> Gerente	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> MONTERÍA	<i>MUNICIPIO</i> CÓRDOBA	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value="1,2"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,2"/>	<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value="1,2"/> AÑO <input type="text" value="1,9,9,3"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> Médico Neurólogo	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> MONTERÍA	<i>MUNICIPIO</i> CÓRDOBA	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="1986"/>	<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1998"/>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> Médico General	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> BOGOTÁ D.C.	<i>MUNICIPIO</i> BOGOTÁ D.C.	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1984"/>	<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="1986"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> Médico Director Centro de Salud	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL REGIONAL LA CANDELARIA	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> BANCO	<i>MUNICIPIO</i> MAGDALENA	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="1983"/>	<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="1984"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> Médico Rural	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i>
<i>DEPARTAMENTO</i>	<i>MUNICIPIO</i>	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>	
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i>	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	-	-
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	-	-
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	-	-
TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA	-	-

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS