



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y  
REGISTRO

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>CALÍZ</b>	SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>MARTINEZ</b>	NOMBRES <b>ERNESTO DE JESÚS</b>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <b>19372812</b>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
PAÍS <b>COLOMBIA</b>	PAÍS <b>Colombia</b>	DEPTO <b>Córdoba</b>	
DEPTO	MUNICIPIO <b>Montería</b>		
MUNICIPIO	TELÉFONO	EMAIL	

## 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 OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO						
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO						
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES	<input type="text"/>	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
										<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),  
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL		
		SI	NO		MES	AÑO				
UN	12	X		MEDICINA	12	1	9	8	2	5994/84
ES	9	X		NEUROLOGIA	06	1	9	9	1	
ES	4	X		GERENCIA ADMINISTRATIVA DE SALUD	08	1	9	9	7	
UN	10	X		DERECHO	11	2	0	0	8	221295
ES	2	X		DERECHO MÉDICO	04	2	0	1	3	

ESPECÍFIQUE 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

# 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.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> IPS ASOCIACIÓN DE NEUROLOGÍA Y SALUD MENTAL INTEGRAL - NEUMÍN	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>MONTERÍA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>		<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="2011"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> <b>Director Médico</b>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>CLINICA IMAT – ONCOMÉDICA</b>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>MONTERÍA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>Médico Neurólogo</b>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>CLINICA IMAT – ONCOMÉDICA</b>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>MONTERÍA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>Médico Neurólogo</b>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>E.S.E. HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA</b>	<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>MONTERÍA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="2001"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>Médico Neurólogo</b>	<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.			
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.			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>HOSPITAL DE ECOPETROL</b>	PÚBLICA <b>X</b>	PRIVADA	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>BARRANCABERMEJA</b>	MUNICIPIO <b>SANTANDER</b>	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 <b>Médico Neurólogo</b>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES CLINICA PRIMERO DE MAYO</b>	PÚBLICA <b>X</b>	PRIVADA	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>BARRANCABERMEJA</b>	MUNICIPIO <b>SANTANDER</b>	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 <b>Médico Neurólogo</b>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>SOCIEDAD ESCANOGRAFICA DE LA COSTA – SESCA</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>MONTERÍA</b>	MUNICIPIO <b>CÓRDOBA</b>	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 <b>Médico Neurólogo – Interprete de Escenografías Cerebrales</b>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>ALCALDIA MUNICIPAL DE VALENCIA</b>	PÚBLICA <b>X</b>	PRIVADA	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>VALENCIA</b>	MUNICIPIO <b>CÓRDOBA</b>	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 <b>Asesor en Salud</b>	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> <b>E.S.E. CAMU SAN PELAYO</b>	<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>SAN PELAYO</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>	<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> <b>Asesor en Salud</b>	<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> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>MONTERÍA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>	<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> <b>Director</b>	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>SOCIEDAD ESCANOGRFICA DE LA COSTA</b>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>MONTERÍA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>	<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> <b>Gerente</b>	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN</b>	<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>MONTERÍA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>	<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> <b>Médico Neurólogo</b>	<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> <b>INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES</b>	<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>MONTERÍA</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>CÓRDOBA</b>	<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> <b>Médico General</b>	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ</b>	<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>BOGOTÁ D.C.</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>BOGOTÁ D.C.</b>	<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> <b>Médico Director Centro de Salud</b>	<i>DEPENDENCIA</i>	<i>DIRECCIÓN</i>	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>HOSPITAL REGIONAL LA CANDELARIA</b>	<i>PÚBLICA</i> <b>X</b>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>BANCO</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>MAGDALENA</b>	<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> <b>Médico Rural</b>	<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	-	-
<b>TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA</b>	-	-

**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