



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DIAZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNANDEZ		NOMBRES TATIANA EUGENIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52087559			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA _____ _____ _____			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____ PAÍS _____ DEPTO _____ _____ _____		

## 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 Académico			
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	<input checked="" type="checkbox"/> 5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1994

### 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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Maestría	4	X		Gestion Actuarial de la seguridad social	7	2019	
Especialización universitaria	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	6	2007	
Universitaria	12	X		MEDICINA	5	2001	10212/2002

Firma electronica validador: null

664446

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

Página 1 de 10



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

## 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 Abt Colombia SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comunidadessaludables@abtglobal.com	
TELÉFONOS 4846981	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO lider de prestacion de Servicios de Sald	DEPENDENCIA programa comunidades saludables de	DIRECCIÓN calle 77 # 7-44	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Abt Colombia SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comunidadessaludables@abtglobal.com	
TELÉFONOS 4846981	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO Especialista en Atención Primaria de Salud y	DEPENDENCIA componente de prestacion de servicios y	DIRECCIÓN calle 77 # 7-44	

Firma electronica validador: null

664446

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

Página 2 de 10



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Ministerio de salud y protección social	<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> Carrera 13 No. 32-76 piso 1
<i>TELÉFONOS</i> 3305043	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 10 MES 12 AÑO 2021		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 20 MES 1 AÑO 2022
<i>CARGO O CONTRATO</i> Coordinadora de la unidad ejecutora de la	<i>DEPENDENCIA</i> Dirección de PyP	<i>DIRECCIÓN</i> Carrera 13 No. 32-76	

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Ministerio de salud y protección social	<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> correo@minsalud.gov.co
<i>TELÉFONOS</i> 3305043	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 22 MES 12 AÑO 2020		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 30 MES 11 AÑO 2021
<i>CARGO O CONTRATO</i> Apoyar al Ministerio de Salud y Protección	<i>DEPENDENCIA</i> Dirección de PyP	<i>DIRECCIÓN</i> Carrera 13 No. 32-76	

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Ministerio de salud y protección social	<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> correo@minsalud.gov.co
<i>TELÉFONOS</i> 3305043	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 9 MES 10 AÑO 2020		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 30 MES 11 AÑO 2020
<i>CARGO O CONTRATO</i> Apoyar al Ministerio de Salud y Protección	<i>DEPENDENCIA</i> Dirección de PyP	<i>DIRECCIÓN</i> Carrera 13 No. 32-76	

Firma electrónica validador: null

664446

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

Página 3 de 10



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Ministerio de salud y protección social	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> correo@minsalud.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 3305043	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 21 MES 2 AÑO 2020		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 30 MES 7 AÑO 2020
<b>CARGO O CONTRATO</b> Apoyar al Ministerio de Salud y Protección	<b>DEPENDENCIA</b> Dirección de PyP	<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 13 No. 32-76	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Gobernación de Cundinamarca	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@cundinamarca.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 7491744	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 16 MES 2 AÑO 2016		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 5 MES 2 AÑO 2020
<b>CARGO O CONTRATO</b> subdirectora técnica vigilancia en salud	<b>DEPENDENCIA</b> secretaría de salud de Cundinamarca	<b>DIRECCIÓN</b> calle 26 N.51-53	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Acción Técnica Social	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> info@corporacion-ats.com
<b>TELÉFONOS</b> 3133192527	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 10 MES 6 AÑO 2015		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA MES AÑO
<b>CARGO O CONTRATO</b> Asesora en salud (dengue y Chicungunya)	<b>DEPENDENCIA</b> Convenio 874-2014	<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 7 # 45 – 81	

Firma electrónica validador: null

664446

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

Página 4 de 10



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Secretaría Distrital De Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@saludcapital.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 3305043	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 30 MES 3 AÑO 2015		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 15 MES 2 AÑO 2016
<b>CARGO O CONTRATO</b> Prestar apoyo a la gestión de la Dirección	<b>DEPENDENCIA</b> Direccion de Analisis de entidades Públicas	<b>DIRECCIÓN</b> carrera 32 # 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Accion Tecnica Social	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> info@corporacion-ats.com
<b>TELÉFONOS</b> 3133192527	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 1 MES 2 AÑO 2015		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 30 MES 4 AÑO 2015
<b>CARGO O CONTRATO</b> Asesora en salud relacionado con el dengue	<b>DEPENDENCIA</b> Convenio 874-2014 transmisibles	<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 7 # 45 – 81	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Gobernación de Cundinamarca	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@cundinamarca.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 7491744	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 4 MES 6 AÑO 2013		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 30 MES 11 AÑO 2014
<b>CARGO O CONTRATO</b> Subdirectora tecnica de vigilancia en salud	<b>DEPENDENCIA</b> direccion de salud publica	<b>DIRECCIÓN</b> calle 26 N.51-53	

Firma electronica validador: null



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Organizacion Panamericana de la salud	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> correscol@paho.org
<b>TELÉFONOS</b> 7561589	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 13 MES 8 AÑO 2012		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 31 MES 10 AÑO 2012
<b>CARGO O CONTRATO</b> Consultora para elaboración del documento	<b>DEPENDENCIA</b> sistemas y servicios de salud	<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 9 No.76-49	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Organizacion Panamericana de la salud	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> correscol@paho.org
<b>TELÉFONOS</b> 7561589	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 16 MES 2 AÑO 2012		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 31 MES 7 AÑO 2012
<b>CARGO O CONTRATO</b> Asistencia técnica, seguimiento y evaluación	<b>DEPENDENCIA</b> sistemas y servicios de salud	<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 9 No.76-49	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Secretaría Distrital De Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@saludcapital.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 3649090	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 17 MES 3 AÑO 2011		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 29 MES 2 AÑO 2012
<b>CARGO O CONTRATO</b> prestar servicios especializados y asistencia	<b>DEPENDENCIA</b> direccion de salud publica	<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 13 No. 32-76	

Firma electronica validador: null



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Secretaría Distrital De Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@saludcapital.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 3649090	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 4 MES 6 AÑO 2010		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 3 MES 2 AÑO 2011
<b>CARGO O CONTRATO</b> assitencia Tècnica en los lineamientos de la	<b>DEPENDENCIA</b> direccion de salud publica	<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 13 No. 32-76	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Secretaría Distrital De Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@saludcapital.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 3649090	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 13 MES 8 AÑO 2009		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 27 MES 5 AÑO 2010
<b>CARGO O CONTRATO</b> Asistencia tecnica en el lineamiento de la	<b>DEPENDENCIA</b> direccion de salud publica	<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 13 No. 32-76	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Universidad de ciencias Aplicadas y Ambientales	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> notificacionesjudiciales@udca.edu.co
<b>TELÉFONOS</b> 6684700	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 15 MES 1 AÑO 2009		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 16 MES 8 AÑO 2009
<b>CARGO O CONTRATO</b> Coordinadora de Salud y sociedad	<b>DEPENDENCIA</b> Facultad de Medicina	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 222 # 55 - 37	

Firma electronica validador: null

664446

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

Página 7 de 10



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Ministerio de salud y Protección social	<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> correo@minsalud.gov.co
<i>TELÉFONOS</i> 3305043	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 15 MES 9 AÑO 2008		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 31 MES 12 AÑO 2008
<i>CARGO O CONTRATO</i> Brindar asistencia Técnica Regional del Plan	<i>DEPENDENCIA</i> dirección salud Publica	<i>DIRECCIÓN</i> Carrera 13 No. 32-76	

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Colegio Mayor de nuestra señora del Rosario	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> X	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Bogotá D.C.	<i>MUNICIPIO</i> Bogotá D.C.		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> contacto@urosario.edu.co
<i>TELÉFONOS</i> 2970200	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 14 MES 2 AÑO 2008		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 30 MES 6 AÑO 2008
<i>CARGO O CONTRATO</i> Instructor asistente de la facultad de	<i>DEPENDENCIA</i> Facultad de medicina	<i>DIRECCIÓN</i> calle 14 #6-25	

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Medicos del Mundo Francia	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> X	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Bogotá D.C.	<i>MUNICIPIO</i> Bogotá D.C.		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> informacion@medicosdelmundo.org
<i>TELÉFONOS</i> 5436033	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 1 MES 7 AÑO 2007		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 31 MES 12 AÑO 2007
<i>CARGO O CONTRATO</i> medico proyecto	<i>DEPENDENCIA</i> Granada Meta	<i>DIRECCIÓN</i> informacion@medicosdelmundo.org	

Firma electronica validador: null

664446

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

Página 8 de 10



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



### 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> ESIMED	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> X	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Bogotá D.C.	<i>MUNICIPIO</i> Bogotá D.C.		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> empresa liquidada
<i>TELÉFONOS</i> 00	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 1 MES 12 AÑO 2005		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 30 MES 6 AÑO 2007
<i>CARGO O CONTRATO</i> medico general	<i>DEPENDENCIA</i> consulta externa	<i>DIRECCIÓN</i> liquidada	

### 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	13	10
Pública	10	8
Total	18	1

Firma electronica validador: null



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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. - null  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
null

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

Firma electronica validador: null