

ENTIDAD RECEPTORA



El servicio público  
es de todos

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**1 DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO ORTEGA			SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) HERNANDEZ			NOMBRES JUAN FRANCISCO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. PAS No. 92153391				SEXO F M		NACIONALIDAD COL. * EXTRANJERO		PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE			SEGUNDA CLASE			NÚMERO		D.M

**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 ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	AÑO	
										X	12	1994	

**EDUCACIÓN 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	10	X		ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	03	2008	1018491-T
ES	3	X		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	05	2009	
ES	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL	12	2011	
ES	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE INGENIERIA HOSPITALARIA	11	2015	

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
Español			X			X			X

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

**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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE			PÚBLICA X		PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C		MUNICIPIO BOGOTÁ			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6583030		DÍA 01		FECHA DE INGRESO MES 12 AÑO 2015		DÍA
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Universitario		DEPENDENCIA			FECHA DE RETIRO MES AÑO	
		DIRECCIÓN CLL 66 # 15-41				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRO ORIENTE			PÚBLICA X		PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C		MUNICIPIO BOGOTÁ			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	

3444484	DÍA 01 MES 06 AÑO 2012	DÍA 30 MES 11 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Subdirector	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DIAG 34 # 5-43
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL USAQUEN	PÚBLICA X	PRIVADA PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	DÍA 31 MES 01 AÑO 2009 FECHA DE INGRESO	DÍA 30 MES 05 AÑO 2012 FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO Profesional Universitario	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CRA 6 # 119 B-14
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR		
EMPRESA O ENTIDAD COOPINTRASALUD CTA	PÚBLICA	PRIVADA X PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 6148311	DÍA 01 MES 08 AÑO 2006 FECHA DE INGRESO	DÍA 30 MES 01 AÑO 2009 FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA CONTRATACIÓN	DIRECCIÓN CLL 141 # 45-51

**4 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 DE LA HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ART. CULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento: 03-07

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
Esta información no validada.

**5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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: \_\_\_\_\_

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.