



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

2

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>GUTIERREZ</b>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <b>BOLIVAR</b>		NOMBRES <b>JOSE IGNACIO</b>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>79.298.479</b>			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO <b>79298479</b>	D.M. <b>55</b>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA <b>21</b> MES <b>10</b> AÑO <b>1963</b>			CRA 5 ESTE N° 29A 05 SUR		
PAÍS <b>COLOMBIA</b>			PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>C/MARCA</b>		
DEPTO <b>CUNDINAMARCA</b>			MUNICIPIO <b>BOGOTA</b>		
MUNICIPIO <b>BOGOTA</b>			TELÉFONO <b>362-83-00</b>		EMAIL <b>JIGUTIERREZB21@GMAIL.COM</b>

## 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: <b>BACHILLER ACADEMICO</b>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	<input checked="" type="checkbox"/>	MES <b>11</b>	AÑO <b>1981</b>	

**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		MEDICO CIRUJANO	06	19	9	1	79298479

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)

2

## 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>				
EMPRESA O ENTIDAD MEDSISALUD S.I.S		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO C/MARCA C/MARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD medsisaludsis@gmail.com		
TELÉFONOS 362-83-00	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 05 MES 04 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE PLANTA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Cra 5 este N° 29a-05sur		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD MEDSALUD FUNDACION MEDICA		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO C/MARCA C/MARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fmgestionsocial@gmail.com		
TELÉFONOS 3-62-83-00	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 02 AÑO 2005	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2015		
CARGO O CONTRATO MEDICO DE PLANTA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Cra 5 este N° 29a-05sur		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD JAL SAN CRISTOBAL		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO C/MARCA C/MARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD jalscristobal@gmail.com		
TELÉFONOS 3-67-81-29	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 12 AÑO 2015		
CARGO O CONTRATO EDIL	DEPENDENCIA JAL	DIRECCIÓN AV 1° MAYO N° 1-40 SUR		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD IPS SANTA INES		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO C/MARCA C/MARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 01 AÑO 1995	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2004		
CARGO O CONTRATO MEDICO DE PLANTA	DEPENDENCIA MEDICINA	DIRECCIÓN Cra 5 este N° 29A-05sur		

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)

ENTIDAD RECEPTORA

4

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>GUTIÉRREZ</u>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>BOLIVAR</u>		NOMBRES <u>JOSÉ / GNACIO</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <u>79.298.479</u>		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 checked="" type="checkbox"/>	NÚMERO <u>79298479</u>	D.M. <u>55</u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA	DÍA <u>21</u>	MES <u>10</u>	AÑO <u>1983</u>	<u>CARRERA 5 ESTE #29A-05 Sur</u>	
PAÍS	<u>COLOMBIA</u>		DEPTO	<u>QUINDIÁ</u>	
DEPTO	<u>CUNDINAMARCA</u>		MUNICIPIO	<u>BOGOTÁ D.C.</u>	
MUNICIPIO	<u>BOGOTÁ D.C.</u>		TELÉFONO	<u>3628300</u>	EMAIL <u>jgutierrez21@qma. com</u>

com

## 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: <u>BACHILLER</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
				X				X			<u>11</u>	<u>1981</u>

**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	
<u>UN</u>	<u>12</u>	<u>X</u>		<u>MEDICO CIRUJANO</u>	<u>06</u>	<u>1991</u>	<u>79298479</u>

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)

5

## 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>					
EMPRESA O ENTIDAD <i>MEDISAALUD S.I.S.</i>		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>	
DEPARTAMENTO <i>CUNDINAMARCA</i>		MUNICIPIO <i>BOGOTÁ D.C.</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>medisaludsis@gmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>3628300</i>		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>MEDICO PLATA</i>		DEPENDENCIA <i>MEDICINA</i>		DIRECCIÓN <i>CRA 5E # 29A-05 Sur</i>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>					
EMPRESA O ENTIDAD <i>FUNDO MEDICA MEDSAALUD.</i>		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>	
DEPARTAMENTO <i>CUNDINAMARCA</i>		MUNICIPIO <i>BOGOTÁ D.C.</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>fmgestionarial@gmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>3628300</i>		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	
CARGO O CONTRATO <i>MEDICO PLATA</i>		DEPENDENCIA <i>MEDICINA</i>		DIRECCIÓN <i>CRA 5E # 29A-05 Sur</i>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>					
EMPRESA O ENTIDAD <i>FONDO DE DESARROLLO LOCAL CULTURAL SAN</i>		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>	
DEPARTAMENTO <i>CUNDINAMARCA</i>		MUNICIPIO <i>BOGOTÁ D.C.</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>jalscribba@gmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>3678129</i>		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	
CARGO O CONTRATO <i>EDIL</i>		DEPENDENCIA <i>JUNTA ADMINISTRATIVA LOCAL</i>		DIRECCIÓN <i>Av. No MAYO # 1-00 Sur</i>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>					
EMPRESA O ENTIDAD <i>IPS SANTA LUCÍA LTDA</i>		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>	
DEPARTAMENTO <i>CUNDINAMARCA</i>		MUNICIPIO <i>BOGOTÁ D.C.</i>		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>—</i>	
TELÉFONOS <i>—</i>		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1995"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2004"/>	
CARGO O CONTRATO <i>MEDICO PLATA</i>		DEPENDENCIA <i>MEDICINA</i>		DIRECCIÓN <i>CRA 5E # 29A-05 Sur</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)

6

**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	8	—
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	24	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>24</b>	<b>6</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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTÁ, FEBRERO 1 DE 2016

  
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 \_\_\_\_\_