



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNANDEZ		NOMBRES RAFAEL GONZALO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. _____			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <input type="text" value="03"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1961"/> DEPTO. TOLIMA MUNICIPIO IBAGUE			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 4D #31-50 BARRIO CADIZ PAÍS COLOMBIA DEPTO. TOLIMA MUNICIPIO IBAGUE TELÉFONO 3152575741 EMAILsupraespecialidades@hotmail.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: BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO:			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	<input type="text" value="12"/>	AÑO	<input type="text" value="1979"/>

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	08	1	9	8	7	05435
ES	6	X		ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	06	1	9	9	5	0535
ES	2	X		SUBESPECIALISTA EN RETINA Y VITREO	01	2	0	0	5	

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
INGLES		X			X			X	

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</i>				
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> SUPRAESPECIALIDADES OFT DEL TOLIMA		<i>PÚBLICA</i> <input type="checkbox"/>	<i>PRIVADA</i> <input checked="" type="checkbox"/>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> TOLIMA	<i>MUNICIPIO</i> IBAGUE		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> supraespecialidades@hotmail.	
<i>TELÉFONOS</i> 2646369	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> RETINOLOGO		<i>DEPENDENCIA</i> MEDICA		<i>DIRECCIÓN</i> CRA 4D #31-50 B/CADIZ
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> SOCIAMTOL LTDA		<i>PÚBLICA</i> <input type="checkbox"/>	<i>PRIVADA</i> <input checked="" type="checkbox"/>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> TOLIMA	<i>MUNICIPIO</i> IBAGUE		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> 	
<i>TELÉFONOS</i> ■	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2004"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> RETINOLOGO		<i>DEPENDENCIA</i> MEDICA		<i>DIRECCIÓN</i>
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> INSTITUTO OFTALMOLOGICO DEL TOLIMA		<i>PÚBLICA</i> <input type="checkbox"/>	<i>PRIVADA</i> <input checked="" type="checkbox"/>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> TOLIMA	<i>MUNICIPIO</i> IBAGUE		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> 	
<i>TELÉFONOS</i> ■	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	
<i>CARGO O CONTRATO</i> RETINOLOGO		<i>DEPENDENCIA</i> MEDICA		<i>DIRECCIÓN</i> CRA 4B #31-33 B/CADIZ
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> MEDICADIZ SA		<i>PÚBLICA</i> <input type="checkbox"/>	<i>PRIVADA</i> <input checked="" type="checkbox"/>	<i>PAÍS</i> COLOMBIA
<i>DEPARTAMENTO</i> TOLIMA	<i>MUNICIPIO</i> IBAGUE		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> 	
<i>TELÉFONOS</i> 	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>	
<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

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

LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co
