



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RINCON		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GRAJALES		NOMBRES EDISSON ALEXANDER	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1017169644			SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DEPTO MUNICIPIO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS MUNICIPIO TELÉFONO		

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	12	AÑO	2005

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	13	X		MEDICO Y CIRUJANO	11	2	0	1	2	05-1250-14

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
INGLÉS		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>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLIN	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lilibeth.dazar@almamater.hospital	
TELÉFONOS 6046049595 ext 31037	FECHA DE INGRESO DÍA 06 MES 10 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Médico Coordinador Operativo de Donación y Trasplantes	DEPENDENCIA Trasplantes	DIRECCIÓN Cl. 69 #51c-24	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLIN	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lilibeth.dazar@almamater.hospital	
TELÉFONOS 6046049595 ext 31037	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 04 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 01 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Médico Coordinador Operativo de Donación y Trasplantes	DEPENDENCIA Trasplantes	DIRECCIÓN Cl. 69 #51c-24	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION DONAR COLOMBIA		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@fundonarcolumbia.com	
TELÉFONOS 6016473663	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 09 MES 04 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Médico Coordinador de Trasplantes - Director Médico	DEPENDENCIA SEDE MEDELLÍN	DIRECCIÓN CRA 19 #82-33 OF 602	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
EMPRESA O ENTIDAD TAHUS		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLIN	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD afiliadotahus@fedsalud.com	
TELÉFONOS 604 4443218 ext 1147	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 03 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 09 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Médico General de UCI	DEPENDENCIA IPS UDEA Y CLÍNICA DEL NORTE	DIRECCIÓN Cl. 69 #51c-24	

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	PERIENCIA MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	4

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 _____

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