



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DURAN	NOMBRES KANCEL ENRIQUE
SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
NÚMERO C-939525		D.M. Nº1

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	
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1970

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	14	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	MEDICO CIRUJANO	02	1979	
MG	2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	MAGISTER EN SALUD PUBLICA	12	1981	
DOC	1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	DOCTORADO EN SALUD PUBLICA			
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

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	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PORTUGUES	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS</i>	PÚBLICA <input type="radio"/>	PRIVADA <input checked="" type="radio"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>
DEPARTAMENTO <i>CUNDINAMARCA</i>	MUNICIPIO <i>BOGOTÁ</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>mancel.martinez@juanncorpas.edu.co</i>	
TELÉFONOS <i>6622222</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>07</i> AÑO <i>1995</i>	FECHA DE RETIRO DÍA _____ MES _____ AÑO _____	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>PROFESOR TITULAR</i>	DEPENDENCIA <i>FACULTAD DE MEDICINA</i>	DIRECCIÓN <i>Cra 111 Nº 159A-61</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</i>	PÚBLICA <input checked="" type="radio"/>	PRIVADA <input type="radio"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>
DEPARTAMENTO <i>CUNDINAMARCA</i>	MUNICIPIO <i>BOGOTÁ</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>ins.gob.co</i>	
TELÉFONOS <i>2207700</i>	FECHA DE INGRESO DÍA _____ MES <i>08</i> AÑO <i>1995</i>	FECHA DE RETIRO DÍA _____ MES _____ AÑO _____	
CARGO O CONTRATO <i>TUTOR SEA (AD-HOC)</i>	DEPENDENCIA <i>PROGRAMA SEA - EPIDEMIOLOGIA</i>	DIRECCIÓN <i>Cll 26 Nº 51-20</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</i>	PÚBLICA <input checked="" type="radio"/>	PRIVADA <input type="radio"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>
DEPARTAMENTO <i>CUNDINAMARCA</i>	MUNICIPIO <i>BOGOTÁ</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>2207700</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>04</i> AÑO <i>1980</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>26</i> MES <i>07</i> AÑO <i>1995</i>	
CARGO O CONTRATO <i>De profesional Universitario a Subdirector</i>	DEPENDENCIA <i>EPIDEMIOLOGIA</i>	DIRECCIÓN <i>Cll 26 Nº 51-20</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>SERVICIO DE SALUD DEL CESAR</i>	PÚBLICA <input checked="" type="radio"/>	PRIVADA <input type="radio"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>
DEPARTAMENTO <i>CE SAR</i>	MUNICIPIO <i>VALLEDUPAR</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>02</i> AÑO _____	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>03</i> AÑO <i>1980</i>	
CARGO O CONTRATO <i>JEFE CONTROL LEBRA</i>	DEPENDENCIA <i>ATENCIÓN MÉDICA</i>	DIRECCIÓN	

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)

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 <i>SERVICIO DE SALUD DEL CESAR</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>
DEPARTAMENTO <i>CESAR</i>	MUNICIPIO <i>VALLEDUPAR</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>07</i> MES <i>01</i> AÑO <i>1979</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>07</i> MES <i>01</i> AÑO <i>1980</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>MEDICO RURAL</i>	DEPENDENCIA <i>ATENCIÓN MEDICA</i>	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>HOSPITAL ROSARIO PINAREJO DE L.</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>COLOMBIA</i>
DEPARTAMENTO <i>CESAR</i>	MUNICIPIO <i>VALLEDUPAR</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <i>07</i> MES <i>01</i> AÑO <i>1978</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>06</i> MES <i>01</i> AÑO <i>1979</i>	
CARGO O CONTRATO <i>MEDICO INTERNO</i>	DEPENDENCIA <i>ATENCIÓN MEDICA</i>	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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
EPIDEMIOLOGIA INS - de Profesional Universitario a Subdirector	15	04
PROFESOR MEDICINA - EPIDEMIOLOGIA FUNDACION UNIVERSITARIA J.N. CORPAS	17	10
SERVICIO DE SALUD DEL CESAR	01	02
HOSPITAL ROSARIO VUKARETO DE LOPEZ	01	

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).

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