



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 05-dic-2022

Fecha Validación: 05-dic-2022

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>RAMOS                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>ESPINOSA                         | NOMBRES<br>GUSTAVO ANDRÉS                                                                                                                                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 80775330 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                      |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 0491348 D.M. 51           |                                                                    |                                                                                                                                                            |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 12 MES DIC AÑO 1985<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 1688H 40<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 05714546118<br>EMAIL ramosespinosa@gmail.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                 |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|-------|-----|-----|------------------------|
|                  |    |    |    |    |            |    |    |       |     |     | Bachillerato académico |
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    | MEDIA |     |     | FECHA DE GRADO         |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9°    | 10° | 11° | MES DICIEMBRE AÑO 2002 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |  | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|------------------------|--|-------------|------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      |  | MES         | AÑO  | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 12            | X        | MEDICINA               |  | 7           | 2010 | 80775330       |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                   | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| BLS-ACLS                           | Save a life- NHCPs       | 2022            | 60    |
| CURSO VIRTUAL ABORDAJE INTEGRAL EN | Universidad de Antioquia | 2021            | 60    |
| CURSO VIRTUAL ABORDAJE INTEGRAL EN | Universidad de Antioquia | 2019            | 40    |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 05-dic-2022

Fecha Validación: 05-dic-2022

## DOMINIO DE IDIOMAS

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 |
| alemán |          | X |    |        | X |    |            | X |    |
| inglés |          |   | X  |        |   | X  |            |   | X  |

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO                         |                                             |                                                            |                  |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Corporación Salud UN | PÚBLICA                                     | PRIVADA<br>X                                               | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.               | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>atencionalusuario@hun.edu.co |                  |
| TELÉFONOS<br>6013904888                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 22 MES 2 AÑO 2022   | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 21 MES 10 AÑO 2022                  |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Médico                | DEPENDENCIA<br>Proyecto Solidaridad Vacunas | DIRECCIÓN<br>Cl. 44 #59-75                                 |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                        |                                          |                                                                  |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                          | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                              | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>correspondencia@subrednorte.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>4431790                                                     | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 8 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 5 AÑO 2021                         |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Medico General                                       | DEPENDENCIA<br>Medicina Interna          | DIRECCIÓN<br>Calle 66 No. 15-41                                  |                  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 05-dic-2022

Fecha Validación: 05-dic-2022

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO             |                                           |                                                       |                                          |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Compcasa | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                          | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.   | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>ramosespinosa@gmail.com |                                          |
| TELÉFONOS<br>3224067443       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 14 MES 1 AÑO 2020 |                                                       | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 11 MES 5 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO<br>Médico    | DEPENDENCIA<br>Consulta de crónicos       | DIRECCIÓN<br>AVENIDA CALLE 6 # 78 - 11 Barrio:        |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                    |                                          |                                                     |                                           |
|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Praxis Köksal   | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                        | PAÍS<br>Alemania                          |
| DEPARTAMENTO                         | MUNICIPIO                                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>praxis@drkoeksal.de   |                                           |
| TELÉFONOS<br>0049620225058           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 8 MES 4 AÑO 2019 |                                                     | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 11 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO<br>Asistente médico | DEPENDENCIA<br>Medicina comunitaria      | DIRECCIÓN<br>Schwetzinger Str. 24 68723 Plankstadt. |                                           |

| EMPLEO O CONTRATO                                               |                                          |                                                   |                                           |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Hospital Universitario Hamburg - Eppendorf | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                           | PAÍS<br>Alemania                          |
| DEPARTAMENTO                                                    | MUNICIPIO                                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>st.schneider@uke.de |                                           |
| TELÉFONOS<br>00494074100                                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 2 AÑO 2017 |                                                   | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 10 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO<br>Médico investigador                         | DEPENDENCIA<br>Campus de investigación   | DIRECCIÓN<br>MARTINISTRASSE 52, 20246 HAMBURG     |                                           |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 05-dic-2022

Fecha Validación: 05-dic-2022

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO                                               |                                           |                                                             |                                          |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Clínica de Marly. Tercerizado en Ocupar SA | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                                | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                     | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>comercialbogota@ocupar.com.co |                                          |
| TELÉFONOS<br>6015921222                                         | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 16 MES 6 AÑO 2014 |                                                             | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 29 MES 8 AÑO 2014 |
| CARGO O CONTRATO<br>Medico                                      | DEPENDENCIA<br>Hospitalización            | DIRECCIÓN<br>Cl. 50 ## 9 - 67                               |                                          |

| EMPLEO O CONTRATO                                             |                                          |                                                          |                                           |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A. | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                             | PAÍS<br>Colombia                          |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                   | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>ambetancur@sura.com.co     |                                           |
| TELÉFONOS<br>0314307366                                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 4 MES 6 AÑO 2013 |                                                          | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 13 MES 12 AÑO 2013 |
| CARGO O CONTRATO<br>Médico                                    | DEPENDENCIA<br>Calle 100 y centro Olaya  | DIRECCIÓN<br>Cl. 100 No. 19 A - 35 Barrio Chicó, Bogotá, |                                           |

| EMPLEO O CONTRATO               |                                           |                                                                   |                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Emermedica | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                                      | PAÍS<br>Colombia                          |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.     | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>servicioalcliente@emermedica.com.co |                                           |
| TELÉFONOS<br>6013077098         | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 7 MES 11 AÑO 2012 |                                                                   | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 11 MES 12 AÑO 2012 |
| CARGO O CONTRATO<br>Medico      | DEPENDENCIA<br>Atención domiciliaria      | DIRECCIÓN<br>Cra. 19b #No. 168 - 35                               |                                           |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 05-dic-2022

Fecha Validación: 05-dic-2022

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO                                         |                                           |                                                                       |                                          |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Direccion General de Sanidad Militar | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                               | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                               | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>luz.vaca@sanidadfuerzasmilitares.mil.co |                                          |
| TELÉFONOS<br>6013238555                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 15 MES 9 AÑO 2010 |                                                                       | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 16 MES 1 AÑO 2011 |
| CARGO O CONTRATO<br>Medico en servicio rural SSO          | DEPENDENCIA<br>Sanidad                    | DIRECCIÓN<br>Comand Aereo de Comabte # 4 , Melgar,                    |                                          |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------|-----------------------|-------|
|           | AÑOS                  | MESES |
| Privada   | 2                     | 5     |
| Pública   | 2                     | 11    |
| Total     | 5                     | 4     |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 05-dic-2022

Fecha Validación: 05-dic-2022

5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 05-dic-2022  
Ciudad y fecha del 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