



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Vacca	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Carvajal	NOMBRES Miguel Alberto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79490591	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 666616	D.M. 51
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 09 MES 08 AÑO 1969	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 112 # 1 - 07	
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia	DEPTO Cundinamarca
DEPTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.	TELÉFONO 3112348454
MUNICIPIO Bogotá	EMAIL miguelvacca@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 OBTENIDO: Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1986

EDUCACIÓN 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	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN		X		Médico Cirujano	12	1992	
ES		X		Especialista en medicina interna	04	1997	
ES		X		Especialista en Cardiología	04	1999	
ES		X		Especialista en Electrofisiología	12	1999	
ES		X		Especialista en Electrofisiología	07	2016	

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
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.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Salud	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD diradmin@fundacionsalud.com.co	
TELÉFONOS 311 215 7129	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 03 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Medico Cardiólogo - Electrofisiólogo	DEPENDENCIA Hemodinamia	DIRECCIÓN Cra 14B # 1 - 45 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Cardiovascular San Rafael	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3282358 - 3282300 ext 2034	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES 12 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Electrofisiólogo Cardiovascular	DEPENDENCIA Hemodinamia	DIRECCIÓN Cra 8 # 17-45 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Clínica Shaio	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS +(571) 5938210	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES 01 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO Especialista en arritmias y marcapasos	DEPENDENCIA Hemodinamia	DIRECCIÓN Diagonal 115 A # 70c - 75	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Fundación Cardiovascular San Rafael	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3282358 - 3282300 ext 2034	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 2002	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO Electrofisiólogo Cardiovascular	DEPENDENCIA Hemodinamia	DIRECCIÓN Cra 8 # 17 - 45 sur	

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.

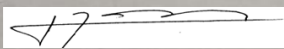
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	-	-
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	22	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	-	-
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	22	3

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 23 de marzo de 2022



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