



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CANTILLO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TURBAY		NOMBRES JORGE DE JESUS	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>8720537</u>			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"/> NUMERO <u>137407</u> D.M. <u>44</u>					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>2</u> MES <u>SEP</u> AÑO <u>1961</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>cll 114 a # 56 - 34</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>			PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u>		
DEPTO <u>Atlántico</u>			CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u> TELEFONO <u>3143111519</u>		
CIUDAD <u>Baranoa</u>			EMAIL <u>md_cantillo@hotmail.com</u>		

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 <u>bachiller academico</u>	
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES <u>DICIEMBRE</u>	AÑO <u>1979</u>

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización médico	4	X	ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA	7 1996	3690
Especialización médico	6	X	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	4 1995	3690
Universitaria	10	X	MEDICINA	7 1988	3690

Firma electronica validador: null

307346

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

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
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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2017"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO prestacion de servicios	DEPENDENCIA direccion de servicios ambulatorios	DIRECCIÓN Cra 20 # 42 - 47	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ggggg	
TELÉFONOS 3165000	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="3"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>
CARGO O CONTRATO profesor asociado	DEPENDENCIA facultad de medicina	DIRECCIÓN facultad de medicina	

Firma electronica validador: null

307346

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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 RTS LIMITADA CLINICA SAN RAFAEL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hghhhhh	
TELÉFONOS 7893223	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1999"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>
CARGO O CONTRATO NEFROLOGO	DEPENDENCIA unidad renal	DIRECCIÓN CR 8 # 17 - 44	

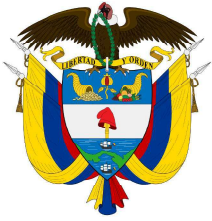
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ddgdghgdg	
TELÉFONOS 3282300	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="1996"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="18"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2000"/>
CARGO O CONTRATO NEFROLOGO	DEPENDENCIA unidad renal	DIRECCIÓN CR 8 # 17 - 44	

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	13	10
Pública	15	9
Total	29	4

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

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

Firma electronica validador: null