



# 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 FAJARDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ALBA	NOMBRES JAIME MAURICIO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>79327267</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>573201</u> D.M <u>52</u>		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>22</u> MES <u>SEP</u> AÑO <u>1964</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Boyacá</u> CIUDAD <u>Moniquirá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 70B N°3-45 SUR PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u> TELEFONO <u>7228038</u> EMAIL <u>jmfa64@gmail.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 clasico</u>	
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	<input checked="" type="checkbox"/>	7°	8°	9°	10°	11°	MES <u>DICIEMBRE</u>	AÑO <u>1984</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
Universitaria	12	X	MEDICINA	3 1990	12526

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
soporte vital cardiovascular avanzado	american heart association	2022	60
REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR AVANZADA	PROTECVIDA	2021	48

Firma electronica validador: null

31775

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
ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2018	10
CURSO PARA LA FORMACIÓN DE EQUIPOS	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD	2017	20
CURSO TALLER ACTUALIZACIÓN EN	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	2009	42
DIPLOMADO EN SISTEMAS DE GESTIÓN	incontec	2009	120
diplomado en gestion de calidad instituciones	incontec	2005	120
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN Y	ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS	2004	640
ENTRENAMIENTO DE AUDITOR INTERNO DE	HOSPITAL DE MEISSEN	2004	20
CURSO EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADOS	ASOCIACION COLOMBIANA EN MEDICINA	2002	20
CURSO DE MEDICINA INTERNA	HOSPITAL MILITAR	1997	20

## 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 Subredintegrada de servicios de salud Sur	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@subredsur.go.o	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 23 MES 11 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]
CARGO O CONTRATO cargo	DEPENDENCIA direccion de urgencias	DIRECCIÓN cra 20 n°47 b35 sur	

Firma electronica validador: null

31775

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 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 subredsur@gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 11 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO profesional de enlace	DEPENDENCIA Dirección servicios hospitalarios	DIRECCIÓN transversal 22 n° 74 d 51 sur	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEL SUR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitaldelsurupa30@gov.co	
TELÉFONOS 2732535	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN CLLE 40 C SUR N°79-10	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD hospital de meissen	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalmeissen@gov.co	
TELÉFONOS 7693131	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 1 AÑO 1994	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO subdirector científico servicios ambulatorios	DEPENDENCIA administrativo	DIRECCIÓN cra 18 B n° 60G36 sur	

Firma electrónica validador: null



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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	18	3
Pública	7	9
Total	26	1

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