



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TOVAR	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARIZA	NOMBRES JOSE MIGUEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 72268157	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 0277113 D.M. 10		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 26 MES JUN AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Atlántico CIUDAD Barranquilla		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 9 c bis 69 g 29 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9088284 EMAIL jose_migueltovar@hotmail.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 BASICA											TITULO bachiller academico					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	1998	

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	7 2010	5-7397

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SEDACION BASICA	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN	2019	42
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN	2019	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN	2018	40
SOPORTE VITAL BASICO	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN	2018	20



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



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@gmail.com	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 3 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO MEDICO ATENCION PREHOSPITALARIA	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN carrera 20 # 47 B 35sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E		PÚBLICA X	PRIVADA PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD referenciasirc@gmail.com	
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO URGENCIAS	DEPENDENCIA URGENCIA	DIRECCIÓN HOSPITAL KENNEDY	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD AMBUMEDICA		PÚBLICA PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4083837	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 10 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO MEDICO AMBULANCIAS	DEPENDENCIA ATENCION PREHOSPITALARIA	DIRECCIÓN CRA 29#5A-63	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



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 TALENTUM - CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cooperativatalementum@gmail.com	
TELÉFONOS 7425770	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 12 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 10 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO MEDICO URGENCIAS	DEPENDENCIA URGENCIAS III NIVEL	DIRECCIÓN cra 21sur # 24-0	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE USME I NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalusme@hotmail.com	
TELÉFONOS 7762632	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 6 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO MEDICO URGENCIAS	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN cra 1 c este # 75 sur 15	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS ESE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO La Guajira	MUNICIPIO Riohacha	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7270053	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 12 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO MEDICO URGENCIAS	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CLL 9A 15-39	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 05-ene-2020

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	2
Pública	4	4
Total	5	7

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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá D.C. enero 2020

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