



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1999)

ENTIDAD RECEPTORA

Hospital Militar Central

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Torres</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Restrepo</u>	NOMBRES <u>Carlos Gregorio</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1020771175</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NÚMERO <u>1020771175</u> D.M. <u>51</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 OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>11</u>	AÑO <u>2003</u>

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
ES	8	X		Especialista en Gerencia y Marketing	02	2019	1020771175
UN	10	X		Odontólogo	05	2014	1020771175

ESÍ ECÍFIQUE 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 <i>CHP Coadentologos.</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca.</i>	MUNICIPIO <i>Bogota D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>toiresrestrop@hotmial.com</i>	
TELÉFONOS <i>3204080181.</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>09</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2019</i>	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Cirujano Oral y Maxilofacial</i>	DEPENDENCIA <i>Sección Palermo</i>	DIRECCIÓN <i>Cra 8 N° 45-73</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Sobred Integrada de servicios Nite</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogota D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>toiresrestrop@hotmial.com</i>	
TELÉFONOS <i>4431790.</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>17</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2019</i>	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO <i>Cirujano Maxilofacial</i>	DEPENDENCIA <i>Hospital Ortopedia Simón Bolívar.</i>	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Militar Central.</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca.</i>	MUNICIPIO <i>Bogota D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>toiresrestrop@hotmial.com</i>	
TELÉFONOS <i>3486868.</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2019</i>	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO <i>Cirujano Maxilofacial - OPS</i>	DEPENDENCIA <i>Cirugía Maxilofacial</i>	DIRECCIÓN <i>Tv. 3 N 49-02</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Odontólogo general - Particular.</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia.</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca.</i>	MUNICIPIO <i>Bogota D.C.</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>toiresrestrop@hotmial.com</i>	
TELÉFONOS <i>3204080181.</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>14</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2014</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>01</i> MES <i>02</i> AÑO <i>2019</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Práctica privada.</i>	DEPENDENCIA <i>Dr. Juan Carlos Mejia/Dr. Camilo Esteva</i>	DIRECCIÓN	

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	2

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 VERACIZ, (ARTÍCULO 56. DE LA LEY 190/95).

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