



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Espitia	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Estevez	NOMBRES Ramiro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 91285076	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO 91285076 D.M. 32		

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:			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	AÑO	
											12	1988	

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	
UN	12	X		Medico Cirujano	06	2001	91285076
ES	6	X		Especialista en Medicina Anestesiología	12	2014	91285076
MG	4	X		Competencias médicas avanzadas	07	2021	

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: Asociación de Anestesia y Dolor Contrato 367/2022 HOMIL		PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO: Bogotá	MUNICIPIO: Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: asociacion-asad@hotmail.com			
TELÉFONOS: 6017046446	FECHA DE INGRESO: DÍA 21 MES 12 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: Anestesiólogo	DEPENDENCIA: Anestesia	DIRECCIÓN: Carrera 9A # 17-55 Sur			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD: Asociación de Anestesia y Dolor Contrato 1338/2018		PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO: Bogotá	MUNICIPIO: Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: asociacion-asad@hotmail.com			
TELÉFONOS: 6017046446	FECHA DE INGRESO: DÍA 21 MES 12 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO: DÍA 20 MES 12 AÑO 2022		
CARGO O CONTRATO: Anestesiólogo	DEPENDENCIA: Anestesia	DIRECCIÓN: Carrera 9A # 17-55 Sur			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD: Asociación de Anestesia y Dolor Contrato 076/2017		PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO: Bogotá	MUNICIPIO: Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: asociacion-asad@hotmail.com			
TELÉFONOS: 6017046446	FECHA DE INGRESO: DÍA 07 MES 07 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO: DÍA 20 MES 12 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO: Anestesiólogo	DEPENDENCIA: Anestesia	DIRECCIÓN: Carrera 9A # 17-55 Sur			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD: Asociación de Anestesia y Dolor Contrato 198/2014		PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO: Bogotá	MUNICIPIO: Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: asociacion-asad@hotmail.com			
TELÉFONOS: 6017046446	FECHA DE INGRESO: DÍA 08 MES 10 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO: DÍA 06 MES 07 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO: Anestesiólogo	DEPENDENCIA: Anestesia	DIRECCIÓN: Carrera 9A # 17-55 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	7	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	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 VERACES, (ARTÍCULO 5o. 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