



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FAJARDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PARDO	NOMBRES HAYDEE PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51812114	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO D.M.		

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 11 AÑO 1982	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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		MEDICA Y CIRUJANA	07	1990	RM012858
ES	6	X		ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA	02	2002	
ES	3	X		ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION EN SALUD CON ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL	11	2006	
ES	1	X		EXPERTO EN RESONANCIA MAGNETICA MUSCULOESQUELETICA	04	2020	

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
INGLES	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 HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C	MUNICIPIO BOGOTA, D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD imadx.hosmil@gmail.com	
TELÉFONOS 601 3486868 EXT 6083	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 08 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Medico Radiologo	DEPENDENCIA Imagenes Diagnosticas	DIRECCIÓN TV 3 # 49- 00	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C	MUNICIPIO BOGOTA D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD imadx.hosmil@gmail.com	
TELÉFONOS 601 3486868 EXT 6083	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 11 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 07 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Medico Radiologo	DEPENDENCIA Imagenes Diagnosticas	DIRECCIÓN Tv 3 # 49 - 00	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C	MUNICIPIO BOGOTA D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD imadx.hosmil@gmail.com	
TELÉFONOS 601 3486030 EXT 6083	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 12 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Medico Radiologo	DEPENDENCIA Imagenes Diagnosticas	DIRECCIÓN Tv 3 # 49 -00	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C	MUNICIPIO BOGOTA D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD imadx.hosmil@gmail.com	
TELÉFONOS 601 3486030 ext 6083	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 12 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Medico Radiologo	DEPENDENCIA Imagenes Diagnosticas	DIRECCIÓN Tv 3 # 49 - 00	

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)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD RADIOFAM SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C	MUNICIPIO BOGOTA, D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD radiofam@cafam.com.co	
TELÉFONOS 601 7030379	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 03 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 04 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL Medico Radiologo	DEPENDENCIA Imagenes Diagnosticas	DIRECCIÓN Calle 49 # 13-33 Of 903	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUERZA AEREA COLOMBIANA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C	MUNICIPIO BOGOTA D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 601 3487030	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 09 AÑO 1993		FECHA DE RETIRO DÍA 04 MES 01 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Oficial del cuerpo administrativo	DEPENDENCIA Direccion de Sanidad FAC	DIRECCIÓN Av Caracas # 24 - 66	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	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	24	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	29	8

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