



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

5

## 1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>OLARTE</b>	SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>CONTRERAS</b>	NOMBRES <b>LUIS CARLOS</b>

## 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:		BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	X	MES	11	AÑO	1, 9, 7, 8

### EDUCACION 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	12	1	9	8	4	6974
ES	8	X		ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL Y TORACICA	09	1	9	9	7	
MG	2	X		MASTER EN GESTION DE CENTROS Y SERVICIOS DE SALUD	11	2	0	0	5	

ESPECÍFIQUE 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	✓			✓			✓		

1

# 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.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>INDEPENDIENTE</b>		PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>
		PAÍS <b>COLOMBIA</b>	
DEPARTAMENTO <b>CUNDINAMARCA</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTA D.C.</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>luisCarol@gmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>3173669152</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>01</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2019</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>27</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2020</b>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>Cirujano general</b>	DEPENDENCIA <b>salud</b>	DIRECCIÓN <b>carrera 7 km 16- cond-tundama</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>COOSALUD EPS</b>		PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>
		PAÍS <b>COLOMBIA</b>	
DEPARTAMENTO <b>BOLIVAR</b>	MUNICIPIO <b>CARTAGENA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>notificacioncoosaludeps@coosalud.co</b>	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <b>26</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2018</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>31</b> MES <b>08</b> AÑO <b>2019</b>	
CARGO O CONTRATO <b>Gerente</b>	DEPENDENCIA <b>Junta Directiva</b>	DIRECCIÓN <b>carrera 10# 16-25</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Ministerio de Salud</b>		PÚBLICA <b>X</b>	PRIVADA
		PAÍS <b>Colombia</b>	
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>Bogota D.C</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>correspondenciaministerio@moinsalud.gov.co</b>	
TELÉFONOS <b>+5787420150</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>12</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2012</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>30</b> MES <b>09</b> AÑO <b>2018</b>	
CARGO O CONTRATO <b>Asesor</b>	DEPENDENCIA <b>Despacho del Ministro</b>	DIRECCIÓN <b>carrera 7-32</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Gobernacion de Boyaca</b>		PÚBLICA <b>X</b>	PRIVADA
		PAÍS <b>Colombia</b>	
DEPARTAMENTO <b>Boyaca</b>	MUNICIPIO <b>Tunja</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>contactenos@boyaca.gov.co</b>	
TELÉFONOS <b>+5787420150</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>21</b> MES <b>07</b> AÑO <b>2009</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>26</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2011</b>	
CARGO O CONTRATO <b>Secretario de Despacho</b>	DEPENDENCIA <b>Despacho Gobernador</b>	DIRECCIÓN <b>calle 20#9-90- tunja</b>	

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

6

## 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 Simon Bolivar	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogota. D.C.	MUNICIPIO Bogota. D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionpublica@esesimonbolivar.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL Subdirector Cientifico	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Calle 165#7-06	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Simon Bolivar	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogota. D.C.	MUNICIPIO Bogota. D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionpublica@esesimonbolivar.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="29"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2006"/>
CARGO O CONTRATO Miembro junta Directiva	DEPENDENCIA Junta Directiva	DIRECCIÓN Calle 165#7-06	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Simon Bolivar	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogota. D.C.	MUNICIPIO Bogota. D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionpublica@esesimonbolivar.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="1991"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>
CARGO O CONTRATO Jefe de Division	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Calle 165#7-06	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Gobernacion de Boyaca	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Gobernacion de Boyaca	MUNICIPIO X	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Colombia	
TELÉFONOS +5787420150	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="04"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="1988"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="14"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="1990"/>
Secretario de Despacho	Despacho Gobernador	Calle 20# 9-90	

# 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 Secretaria de Salud de Casanare		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Casanare	MUNICIPIO Yopal	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 0986345380	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 12 AÑO 1984		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 1984	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Servicio social	DEPENDENCIA Direccion Medica	DIRECCIÓN Carrera 21# 08 32		

### EXPERIENCIA DOCENTE

Institución Universidad del Bosque	Horas semanales 0	País Colombia
DEPARTAMENTO Bogota. D.C.	MUNICIPIO Bogota. D.C	Modalidad Formal
Nivel Educativo Especializacion	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 09 AÑO 2002	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 09 AÑO 2007
Área de Conocimiento Miembro junta Directiva	Materia Instructor Asociado M	

### 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 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	FECHA DE RETIRO [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

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 Publico	29	7
Empleado del Sector Privado	4	1
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>33</b>	<b>8</b>

**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 50. DE LA LEY 190/95).

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co)

1

2