



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

|                          |   |                   |
|--------------------------|---|-------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>LOPEZ | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>SANCHEZ | NOMBRES<br>EFRAIN |
|                          |   |                   |

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 | BÁSICA SECUNDARIA |     |      |  |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----------------|-------------------|-----|------|--|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO  |                   |     |      |  |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES             | 12                | AÑO | 1976 |  |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |    |     |       |                 |                   |     |      |  |

**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  |                            |
| POSTGRADO           | 2                       | X        |    | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD | 06          | 1986 |                            |
| PREGRADO            | 12                      | X        |    | MEDICINA  | 01          | 1986 | 13055/1990                 |

**CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS**

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION |     |
|-----------------------|-------------|-----------|-------|-------------|-----|
|                       |             |           |       | MES         | AÑO |
|                       |             |           |       |             |     |

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUJY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA |   |    | LO LEE |   |    | LO ESCRIBE |   |    |
|--------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
|        | R        | B | MB | R      | B | MB | R          | B | MB |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

3

### EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |  |              |  |                                      |                 |  |  |
|--|--|--|---------------------------------|--------------|--|--------------|--|--------------------------------------|-----------------|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>LABORAMOS S.A.S                 |  |  |                                 | PÚBLICA      |  | PRIVADA<br>X |  | PAÍS<br>COLOMBIA                     |                 |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA              |              |  |              |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |                 |  |  |
| TELÉFONOS<br>7436997                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |  |              |  |                                      | FECHA DE RETIRO |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICINA GENERAL |              |  |              |  | DIRECCIÓN<br>Transversal 11 N° 23-80 |                 |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |  |              |  |                                      |                 |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD DE TOGUI |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |  | PRIVADA      |  | PAÍS<br>COLOMBIA                     |                 |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TOGUI              |              |  |              |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |                 |  |  |
| TELÉFONOS<br>3114817215                              |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |  |              |  |                                      | FECHA DE RETIRO |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA |              |  |              |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 N° 1-58       |                 |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |  |              |  |                                      |                 |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD DE TOGUI |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |  | PRIVADA      |  | PAÍS<br>COLOMBIA                     |                 |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TOGUI              |              |  |              |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |                 |  |  |
| TELÉFONOS<br>3114817215                              |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |  |              |  |                                      | FECHA DE RETIRO |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA |              |  |              |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 N° 1-58       |                 |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |  |              |  |                                      |                 |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>LABORAMOS S.A.S                 |  |  |                                 | PÚBLICA      |  | PRIVADA<br>X |  | PAÍS<br>COLOMBIA                     |                 |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA              |              |  |              |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |                 |  |  |
| TELÉFONOS<br>7436997                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |  |              |  |                                      | FECHA DE RETIRO |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICINA GENERAL |              |  |              |  | DIRECCIÓN<br>Transversal 11 N° 23-80 |                 |  |  |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
|--|--|--|---------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|--------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTANA  |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTANA            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7289584                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 04           | Mes | 01           | Año | 2016                                 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 1 N° 4 -45        |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD DE TOGUI |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TOGUI              |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3114817215                              |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 03           | Mes | 10           | Año | 2016                                 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 N° 1 -58      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>LABORAMOS S.A.S                 |  |  |                                 | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA              |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7436997                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 01           | Mes | 01           | Año | 2016                                 | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICINA GENERAL |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>Transversal 11 N° 23-80 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTANA  |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>SANTANA            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7289584                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 02           | Mes | 01           | Año | 2015                                 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2015 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 1 N° 4 -45        |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>LABORAMOS S.A.S                 |  |  |                                 | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA              |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS  |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 01           | Mes | 01           | Año | 2015                                 | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2015 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA               |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICINA GENERAL |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>Transversal 11 N° 23-80 |     |    |     |    |     |      |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
|--|--|--|---------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|--------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTANA              |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA   |  |  | MUNICIPIO<br>SANTANA            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7289584   |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 02           | Mes | 01           | Año | 2014                                 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2014 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                           |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 1 N° 4-45         |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>LABORAMOS S.A.S                             |  |  |                                 | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA   |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA              |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7436997   |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 01           | Mes | 01           | Año | 2014                                 | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2014 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                           |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICINA GENERAL |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>Transversal 11 N° 23-80 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTANA              |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA   |  |  | MUNICIPIO<br>TOGÜI              |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7289584   |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 02           | Mes | 01           | Año | 2013                                 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2013 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                           |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 1 N° 4-45         |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTANA              |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA   |  |  | MUNICIPIO<br>SANTANA            |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7289584   |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 15           | Mes | 05           | Año | 2012                                 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2012 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                           |  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 1 N° 4-45         |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                       |  |  |                                 |              |     |              |     |                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. CENTRO DE SALUD DE TOGÜI             |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA   |  |  | MUNICIPIO<br>TOGÜI              |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3114820337  |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                      |     |    |     |    |     |      |
|  |  |  | Día                             | 04           | Mes | 01           | Año | 2008                                 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2012 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR O GERENTE GENERAL DE ENTIDAD |  |  | DEPENDENCIA                     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 1 58          |     |    |     |    |     |      |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                    |              |     |         |     |                                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
|---|--|--|--------------------|--------------|-----|---------|-----|---------------------------------|------|--|-----|----|-----|----|-----|--|------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CENTRO DE SALUD DE TOGUI U.A.E.                            |  |  |                    | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TOGÚI |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| TELÉFONOS<br>7292116  |  |  | FECHA DE INGRESO   |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
|   |  |  | Día                | 17           | Mes | 07      | Año |                                 | 2001 |  | Día | 03 | Mes | 01 | Año |  | 2008 |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR DE HOSPITAL                                 |  |  | DEPENDENCIA        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 1 58     |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                    |              |     |         |     |                                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAJA DE PREVISION SOCIAL DE BOYACA - GOBERNACION DE BOYACA |  |  |                    | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| TELÉFONOS<br>7424102  |  |  | FECHA DE INGRESO   |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
|   |  |  | Día                | 30           | Mes | 12      | Año |                                 | 1998 |  | Día | 16 | Mes | 03 | Año |  | 2001 |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>JEFE DE UNIDAD ESPECIAL                              |  |  | DEPENDENCIA        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 20 N ° 9 -90 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                    |              |     |         |     |                                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAJA DE PREVISION SOCIAL DE BOYACA - GOBERNACION DE BOYACA |  |  |                    | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| TELÉFONOS<br>7424102  |  |  | FECHA DE INGRESO   |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
|   |  |  | Día                | 01           | Mes | 01      | Año |                                 | 1996 |  | Día | 29 | Mes | 12 | Año |  | 1998 |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SUBGERENTE   |  |  | DEPENDENCIA        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 20 N ° 9 -90 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                    |              |     |         |     |                                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAJA DE PREVISION SOCIAL DE BOYACA - GOBERNACION DE BOYACA |  |  |                    | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| TELÉFONOS<br>7424102  |  |  | FECHA DE INGRESO   |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
|   |  |  | Día                | 27           | Mes | 03      | Año |                                 | 1995 |  | Día | 31 | Mes | 12 | Año |  | 1995 |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>JEFE DE OFICINA                                      |  |  | DEPENDENCIA        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 20 N ° 9 -90 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                    |              |     |         |     |                                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAJA DE PREVISION SOCIAL DE BOYACA - GOBERNACION DE BOYACA |  |  |                    | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
| TELÉFONOS<br>7424102  |  |  | FECHA DE INGRESO   |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |
|   |  |  | Día                | 12           | Mes | 10      | Año |                                 | 1994 |  | Día | 26 | Mes | 03 | Año |  | 1995 |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>JEFE DE DIVISION                                     |  |  | DEPENDENCIA        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 20 N ° 9 -90 |      |  |     |    |     |    |     |  |      |  |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                           |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|---------------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAJA DE PREVISION SOCIAL DE BOYACA - GOBERNACION DE BOYACA |  |  |                           | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7424102  |  |  | FECHA DE INGRESO          |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                       | 01           | Mes | 01      | Año | 1993   | Día | 11 | Mes | 10 | Año | 1994 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>JEFE DE UNIDAD                                       |  |  | DEPENDENCIA               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 20 N° 9 -90                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                           |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAJA DE PREVISION SOCIAL DE BOYACA - GOBERNACION DE BOYACA |  |  |                           | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7424102  |  |  | FECHA DE INGRESO          |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                       | 04           | Mes | 05      | Año | 1992   | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 1992 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COORDINADOR DE REGISTRO Y CONTROL                    |  |  | DEPENDENCIA               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 20 N° 9 -90                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                           |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAJA DE PREVISION SOCIAL DE BOYACA - GOBERNACION DE BOYACA |  |  |                           | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7424102  |  |  | FECHA DE INGRESO          |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                       | 13           | Mes | 02      | Año | 1991   | Día | 03 | Mes | 05 | Año | 1992 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COORDINADOR DE REGISTRO Y CONTROL                    |  |  | DEPENDENCIA               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 20 N° 9 -90                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                           |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CAJA DE PREVISION SOCIAL DE BOYACA - GOBERNACION DE BOYACA |  |  |                           | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>TUNJA        |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7424102  |  |  | FECHA DE INGRESO          |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                       | 30           | Mes | 11      | Año | 1990   | Día | 12 | Mes | 02 | Año | 1991 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO MEDIO TIEMPO                                  |  |  | DEPENDENCIA               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 20 N° 9 -90                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                           |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL BAUDILIO ACERO                                    |  |  |                           | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA  |  |  | MUNICIPIO<br>VENTAQUEMADA |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO          |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                       | 14           | Mes | 11      | Año | 1989   | Día | 09 | Mes | 08 | Año | 1990 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO   |  |  | DEPENDENCIA               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA PRINCIPAL TURMEQUE BOYACA |     |    |     |    |     |      |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                |  |  |                   |              |     |         |     |                            |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|-------------------|--------------|-----|---------|-----|----------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL DE MUZO     |  |  |                   | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA           |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOYACA                    |  |  | MUNICIPIO<br>MUZO |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                 |  |  | FECHA DE INGRESO  |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO            |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día               | 01           | Mes | 05      | Año | 1989                       | Día | 08 | Mes | 11 | Año | 1989 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL |  |  | DEPENDENCIA       |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>Sin dirección |     |    |     |    |     |      |

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |  |                  |         |      |         |      |                    |      |  |      |  |      |  |
|--------------------------|--|--|------------------|---------|------|---------|------|--------------------|------|--|------|--|------|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |  |                  | PÚBLICA |      | PRIVADA |      | PAÍS               |      |  |      |  |      |  |
| DEPARTAMENTO             |  |  | MUNICIPIO        |         |      |         |      | CORREO ELECTRÓNICO |      |  |      |  |      |  |
| TELÉFONOS                |  |  | FECHA DE INGRESO |         |      |         |      | FECHA DE RETIRO    |      |  |      |  |      |  |
|                          |  |  | Día:             |         | Mes: |         | Año: |                    | Día: |  | Mes: |  | Año: |  |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |  |      |  |

5

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            | 23                    | 0     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 5                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 6                     | 10    |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 34                    | 11    |

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

6

**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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

7

**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*