



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Empty box for receiving entity name

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Moreno		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Sandoval			NOMBRES Elky Gustavo				
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 7229200				SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/>		SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO 7229200		D.M. 2			

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	AÑO			
										X	MES	11	AÑO	1992	

**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	3	X			12	2005	1741/03
PREGRADO	12	X			06	2002	1741/03

**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 MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLÉS	X				X			X	

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7282630			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 4 A 9 101						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7405050			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	01	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUDIRTORIA MEDICA					DIRECCIÓN						
								Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DISTRIMEQ LTDA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	04	Año	2014	Día	31	Mes	01	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUDITORIA MEDICA					DIRECCIÓN						
								Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7405050			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	09	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUDITORIA MEDICA					DIRECCIÓN						

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MONIQUIRA ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO MONIQUIRA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	02	Mes	01	Año	2014	Día	20	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN 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:	
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	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	7
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>12</b>	<b>11</b>

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	02	Año	2018	Día	31	Mes	08
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUDITORIA MEDICA					DIRECCIÓN				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION MI JPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	20	Mes	02	Año	2017	Día	19	Mes	02
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL					DIRECCIÓN CARRERA 6 48 27				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MONIQUIRA ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	12	Mes	01	Año	2016	Día	11	Mes	09
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CALIDAD					DIRECCIÓN Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UT AUDITAR FOMAG				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	22	Mes	01	Año	2014	Día	01	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MONIQUIRA ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO MONIQUIRA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	14	Mes	01	Año	2015	Día	30	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CALIDAD					DIRECCIÓN Sin dirección				

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

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*

