



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Botello		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ocampo		NOMBRES Hernando	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 19479562			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 012947	D.M. ES

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	11	AÑO	1979

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	11	2008	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA	03	1991	3547787
PREGRADO	10	X		MEDICINA	06	1986	3547787

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE BOYACA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	DIPLOMADO DE DOCENCIA PARA LA EDUCACION UNIVERSITARIA	12	2002

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
INGLES	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 DUITAMA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO DUITAMA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7632323			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	02	Año	2017	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN AV LA AMERICAS							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO DUITAMA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7632323			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	01	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN AV AMERICAS CRA 35							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO						
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	09	Mes	01	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7428144			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	01	Año	1996	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN KILOMETRO 1 VIA SORACA							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD ESPECIALIZADA DE REHABILITACION INTEGRAL CTA			PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO DUITAMA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7602790			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	02	Año	2011	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN CALLE 15 N° 13-29							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO DUITAMA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7632323			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA PSIQUIATRIA				DIRECCIÓN AVENIDA AMERICAS CR 35							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO DUITAMA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7632323			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN AVENIDA AMERICAS CR 35							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO DUITAMA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7632323			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	09	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN AV AMERICAS CRA35							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7632323			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	06	Mes	02	Año	1991	Día	31	Mes	01	Año	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN AV AMERICAS CRA 35							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4069944			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	12	Mes	04	Año	1991	Día	30	Mes	06	Año	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 7 A 12 A 51						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BOYACA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7428841			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	25	Mes	08	Año	1991	Día	12	Mes	07	Año	1994
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN KILOMETRO 1 VIA SORACA						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMODIN*ELIMINADO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	05	Mes:	02	Año:	1996	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD DE BOYACA UNIBOYACA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	01	Mes:	06	Año:	1998	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	60	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	35	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	32	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	129	6

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

