



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------------|----------------------|
| PRIMER APELLIDO FLECHAS | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ | | NOMBRES GUSTAVO ADOLFO | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> No. 7.163.277 | | SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | | PAÍS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> | | NÚMERO 7.163. 277 D.M. _____ | | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____ | | | |
| PAÍS COLOMBIA | | PAÍS _____ DEPTO _____ | | | |
| DEPTO BOYACÁ | | MUNICIPIO _____ | | | |
| MUNICIPIO TUNJA | | TELÉFONO _____ EMAIL _____ | | | |

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 ACADEMICO | | | |
|------------------|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|-----|----|----|--------------------------------------|---|-----|--|
| PRIMARIA | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> | AÑO | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2"/> |

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 | 10 | X | | ABOGADO | 12 | 2 | 0 | 0 | 3 | 128122-D1 |
| ES | 2 | X | | ESPECIALISTA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 02 | 2 | 0 | 1 | 4 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS

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

(B) O MUY BIEN (MB)

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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO [] [] [] | | FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO [] [] [] |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | X | | COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| BOYACÁ | DUITAMA | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA [1,9] MES [0,1] AÑO [2,0] [2,3] | | FECHA DE RETIRO DÍA [1,5] MES [0,3] AÑO [2,0] [2,3] |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| CONTRATISTA | TALENTO HUMANO | AV. AMÉRICAS X CRA 35 | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | X | | COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| BOYACÁ | DUITAMA | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA [0,4] MES [0,7] AÑO [2,0] [2,2] | | FECHA DE RETIRO DÍA [3,1] MES [1,2] AÑO [2,0] [2,2] |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| CONTRATISTA | TALENTO HUMANO | AV. AMÉRICAS X CRA 35 | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO | X | | COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| GUAJIRA | MAICAO | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA [0,1] MES [0,6] AÑO [2,0] [2,0] | | FECHA DE RETIRO DÍA [2,8] MES [0,2] AÑO [2,0] [2,2] |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| CONTRATISTA | | CL 16 # 39A BIS - 31 | |

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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | |
|---|---|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO | | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO GUAJIRA | MUNICIPIO MAICAO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | |
| TELÉFONOS 7268208 | FECHA DE INGRESO DÍA 0,1 MES 0,9 AÑO 2,0,1,8 | | FECHA DE RETIRO DÍA 3,0 MES 0,5 AÑO 2,0,2,0 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN CL 16 # 39A BIS - 31 | |
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HEMOCENTRO DEL CENTRO ORIENTE | | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hcoctunja@gmail.com | | |
| TELÉFONOS 321.2531652 | FECHA DE INGRESO DÍA 0,1 MES 0,1 AÑO 2,0,1,4 | | FECHA DE RETIRO DÍA 0,6 MES 0,4 AÑO 2,0,1,6 | |
| CARGO O CONTRATO REPRESENTANTE LEGAL Y GERENTE ADMINISTRATIVO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN CRA 11 # 27 - 27 | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE ORGANISMOS DE SALUD DE BOYACÁ – COOSBOY | | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | |
| TELÉFONOS 7447519 | FECHA DE INGRESO DÍA 1,0 MES 0,5 AÑO 2,0,1,0 | | FECHA DE RETIRO DÍA 0,9 MES 0,8 AÑO 2,0,1,3 | |
| CARGO O CONTRATO GERENTE GENERAL | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN CRA 1A # 40 - 25 | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD CLINICA ESPECIALIZADA DE LOS ANDES | | PÚBLICA | PÚBLICA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | |
| TELÉFONOS 7446060 | FECHA DE INGRESO DÍA 0,5 MES 0,2 AÑO 2,0,0,5 | | FECHA DE RETIRO DÍA 2,9 MES 0,1 AÑO 2,0,0,8 | |
| CARGO O CONTRATO ASESOR JURIDICO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN TV 11 # 30 - 61 | |

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 O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|--|-------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA | | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2005"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2005"/> | |
| CARGO O CONTRATO CONTRATISTA | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA | | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | |
| CARGO O CONTRATO CONTRATISTA | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | |
| CARGO O CONTRATO CONTRATISTA | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="05"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | |
| CARGO O CONTRATO CONTRATISTA | 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)

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 E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="26"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="25"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | |
| CARGO O CONTRATO CONTRATISTA | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | MUNICIPIO TUNJA | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2004"/> | |
| CARGO O CONTRATO CONTRATISTA | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | |
| 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 <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---------------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 8 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 6 | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 14 | 6 |

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).

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