



FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Kure		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Sandoval		NOMBRES Rodrigo	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 7161774			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 3942 D.M. Z	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES 06 AÑO 1969 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		

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 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		MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	03	2016	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA HOSPITALARIA	09	2006	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	1992	2487

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
INGLÉS		X				X		X	

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 VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2207700			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	26	Mes	12	Año	2022	Día	21	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 26 - 51 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SERVICIOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7430274			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	30	Mes	11	Año	2021	Día	31	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 26 - 69 76						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6704986			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	13	Mes	07	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN CALLE 37A - 28 53						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6704986			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	05	Año	2017	Día	12	Mes	07	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN CALLE 37A - 28 53						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6704986			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	17	Mes	04	Año	2017	Día	30	Mes	04	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN CALLE 37A - 28 53						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4077075			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2016	Día	27	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN CARRERA 8 - 0 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8552569			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	09	Mes	07	Año	2012	Día	31	Mes	03	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN CALLE 6 - 4 93						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL BAUDILIO ACERO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ			MUNICIPIO TURMEQUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7326202			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	09	Año	1995	Día	12	Mes	02	Año	2002
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE			DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN av principal turmeque centro						

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						

FORMATO ÚNICO

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	6	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	6

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