



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 15-nov-2021

Fecha Validación: 15-nov-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PINZON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DURAN	NOMBRES ADRIAN CAMILO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80038992	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 80038992 D.M. 01		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES JUN AÑO 1980 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 24 C No 43 B 40 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3378260 EMAIL camilopinzon@hotmail.com

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 BASICA											TITULO BACHILLERATO ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE		AÑO	1996

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA	8 2020	
Universitaria	12	X	MEDICINA	6 2006	506930/2007

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS	2018	74



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 15-nov-2021

Fecha Validación: 15-nov-2021

DOMINIO DE IDIOMAS

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	

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Suba	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD camilopinzon@hotmail.com	
TELÉFONOS 000000	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO URGENCIAS PEDIATRICAS	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN CARRERA 103 B No 152 C 47	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD COMPENSAR EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD camilopinzon@hotmail.com	
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 11 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO COORDINACION EPIDEMIOLOGIA Y	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN AVENIDA PRIMERA DE MAYO No 10 BIS	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD PEDIATRICA DE LOS ANDES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD camilopinzon@hotmail.com	
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 5 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 9 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO URGENCIAS + CONSULTA PRIORITARIA	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN CALLE 85 CON CARRERA 18	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 15-nov-2021

Fecha Validación: 15-nov-2021

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA VICTORIA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD camilopinzon@hotmail.com	
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 2 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	DEPENDENCIA NEONATOLOGIA	DIRECCIÓN CARRERA 10MA CON CALLE PRIMERA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA FEDERMAN	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD camilopinzon@hotmail.com	
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 8 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 2 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO COORDINADOR HOSPITALIZACION	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN HOSPITAL FEDERMAN BARRIO NICOLAS	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED SUR OCCIDENTE USS FONTIBON	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD liderasistencialuf@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 4860033	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 2 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN CARRERA 99 #16 I 42	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 15-nov-2021

Fecha Validación: 15-nov-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MATERNO INFANTIL SALUDCOOP	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD camilopinzon@hotmail.com	
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 11 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 3 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO MEDICO COORDINADOR SERVICIO DE	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN AUTOPISTA NORTE CON CALLE 94	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	7	2
Pública	12	0
Total	13	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 15-nov-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 15-nov-2021

Fecha Validación: 15-nov-2021

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS