



DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES	
MESA		OLIVEROS		ANDERSON ARLEY	
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐			SEXO		NACIONALIDAD PAÍS
			F M X		COLOMBIANA
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒			D.M.:		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 1 8 MES 0 4 AÑO 9 0			CALLE 26 A Sur 12-39 P1		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÀ		
DEPTO BOGOTÀ			MUNICIPIO		
MUNICIPIC			TELÉFONO 3112558058 EMAIL ANDERSONM18M@GMAIL.COM		

FORMACIÓN ACADÉMICA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA

EDUCACIÓN BÁSICA											TITULO OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO								
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO							
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES		DICIEMBRE	AÑO		2	0	0	5

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)
RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA 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				
PRESENCIAL	12	X		MEDICO Y CIRUJANO	3	2013				
PRESENCIAL	2	X		ESP. EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA	2	2018				
PRESENCIAL	8	X		ESP. ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	2	2023				

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR [R], BIEN [B], O MUY BIEN [MB]

[illegible]

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
SUBRED NORTE HOSPITAL DE SUBA				X				COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
BOGOTA		BOGOTA		certificacionesops@subrednorte.gov.co					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
6014431790		DÍA 2 MES 3 AÑO 2023		DÍA MES AÑO					
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN					
MEDICO ANESTESIOLOGO		SERVICIOS AMBULATORIOS		CALLE 66 15-41					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
SUBRED SUR HOSPITAL EL TUNAL				X		○		COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
BOGOTA		BOGOTA							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
6017300000		DÍA 1 MES 2 AÑO 2015		DÍA 1 MES 12 AÑO 2022					
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN					
				CARRERA 20 42-47					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD						X ○		COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
BOGOTA		BOGOTA		contacto@iets.org.co					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
		DÍA 9 MES 9 AÑO 2018		DÍA 9 MES 11 AÑO 2018					
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
						○			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO					
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
						○			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO					
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
						○			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO					
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN					

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA		MES		AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA		MES		AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA		MES		AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA		MES		AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA		MES		AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD				PUBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA		MES		AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	MESES	AÑOS
SERVIDOR PUBLICO	96	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	98	8

5

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Andersen Paez
10/01/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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