



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CUELLAR		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEDROZA		NOMBRES SERGIO ANDRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1032421779</u>			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"/> NUMERO <u>88092550987</u> D.M <u>52</u>					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>25</u> MES <u>SEP</u> AÑO <u>1988</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>KM 5 via Siberia Cota conjunto POnte Verdi</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> CIUDAD <u>Cota</u> TELEFONO <u>3016584028</u> EMAIL <u>sac1538@hotmail.com</u>		

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 bachiller academico					
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO					
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	DICIEMBRE	AÑO	2004	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA	7	2020	1724514
Universitaria	12	X		MEDICINA	11	2012	17245-2014

Firma electronica validador: null

311872

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte Vital Avanzado	Medical Care and Services	2024	48
Medicina de la Donación para Trasplantes: Líder de	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2023	46
Atención Integral a Víctimas de Ataque con	La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.	2023	24
Manejo del dolor y cuidado paliativo	Centro Acadmico ESAD	2023	40
Manejo de Dolor y Cuidados Paliativos	Centro Academico ESAD	2023	48
Atención integral a víctimas de violencia sexual y de	Centro de capacitaciones AMPJ salud	2023	20

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		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 Clinica Universitaria Colsanitas				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD mafescobar@colsanitas.com			
TELÉFONOS 6016466060		FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 8 AÑO 2019				FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO			
CARGO O CONTRATO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		DEPENDENCIA HOSPITALIZACION				DIRECCIÓN CARRERA 66 No. 23-46			

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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				PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				X		Colombia							
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
Bogotá D.C.		Bogotá D.C.			NO APLICA								
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
3013810285		DÍA	3	MES	6	AÑO	2014	DÍA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA			DIRECCIÓN								
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA		MEDICINA INTERNA			CALLE 9 No 39 - 46								

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	6	3
Pública	11	5
Total	11	5

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null