FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rodriguez	Tobos	Andrea Del Pilar

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 46451859	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 03 AÑO 1980	CALLE 13 27 60 TORRE 4 APARTAMENTO 917			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOYACÁ
DEPTO	BOYACÁ	MUNICIPIO	DUITAMA		
MUNICIPIO	SANTA ROSA DE VITERBO	TELÉFONO	3158599761	EMAIL	anpitobos@gmail.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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1995

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	12	2007	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD	12	2005	
PREGRADO	12	X		MEDICINA Y CIRUGIA	06	2002	1342/2023

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

5 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 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -PAIPA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAIPA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7850110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER MISIONAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 21 37					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -PAIPA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAIPA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7850110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER MISIONAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 31 37					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -PAIPA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAIPA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7850110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER MISIONAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 31 37					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -PAIPA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAIPA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7850110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER MISIONAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 21 37					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -PAIPA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAIPA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7850110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER MISIONAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 21 37					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -PAIPA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAIPA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7850110	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER MISIONAL	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 21 37					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD DEL TUNDAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* DUITAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 608760164	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION MISIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 28N º 15 -120 Barrio Vaticano					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MEDISALUD UT			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	03	*Año*	2018	*Día*	20	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA MEDICA					*DIRECCIÓN* Centro Comercial el Nogal Plaza L 201-203 Cra 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOMEVA EPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* SOGAMOSO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	03	*Año*	2008	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA MEDICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 14 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MEGASALUD IPS LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año*	2006	*Día*	27	*Mes*	02	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUDITORIA MEDICA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASALUD LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* SOGAMOSO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	09	*Año*	2005	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AUDITORIA MEDICA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLOMBIANA DE SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* DUITAMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	04	*Año*	2004	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR MEDICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA - COOPERATIVA COOPGENERICS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* DUITAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7612186	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2003	*Día*	29	*Mes*	02	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS						*DIRECCIÓN* Carrera 35.Avenida Americas					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD BIENESTAR LTDA. IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* SANTA ROSA DE VITERBO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2003	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* MEDICO GENERAL						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRUCTUOSO REYES			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* SANTA ROSA DE VITERBO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7860023	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	07	*Año*	2002	*Día*	07	*Mes*	07	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* HOSPITAL FRUCTUOSO REYES					

6. 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)

7 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	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	14	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 PAIPA, AGOSTO 03 DE 2026

ANDREA RODRIGUEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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

República de Colombia

LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que

Andrea del Pilar Rodríguez Tobos

C. C. 46 454 859 de Duitama

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

En constancia se firma y sella en Tunja

a los 14 días del mes de Diciembre de 2007

El Rector General

El Rector Seccional

El Decano de Facultad

El Secretario Seccional

Registro Interno No. 39273-14-12-2007

Libro 61 Folio 1049

República de Colombia

LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
Teniendo en cuenta que

Andrea del Pilar Rodríguez Tobos

C.C. 46.451.859 de Duitama

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Especialista en Auditoría de Salud

En constancia se firma y sella en Bogotá D.C.
a los 16 días del mes de Diciembre de 2005

El Rector General
Mahecha O.P.

El Decano de Facultad

El Secretario General

Registro Interno No. 1565.1575.16-12-2005

Folio 40 Libro 10 C/A

El Suscrito Notario Unico del Circulo de Santa Rosa de Viterbo, hago constar que esta fotocopia coincide con el original que he tenido a la vista
En constancia firmo hoy 13 ABR. 2003
El Notario
HERNANDO BOHORQUEZ CASTRO
Hernando Bohórquez Castro
NOTARIO UNICO
CIRCULO DE SANTA ROSA DE VITERBO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE BOYACÁ

CONFIERE EL TÍTULO DE

MÉDICA CIRUJANA

A

Andrea Del Pilar Rodriguez Tobos

C.C. No. 46.451.859 EXPEDIDA EN Duitama - Boyacá

QUIEN HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y POR LAS NORMAS LEGALES PARA OPTAR EL GRADO UNIVERSITARIO.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE:

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE TUNJA A 28 DEL MES DE JUNIO AÑO 2002

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

RECTOR

UNIBOYACÁ
LIBRO DE REGISTRO No. 06
FOLIO No. 1410
REGISTRO No. 3693
DIPLOMA No. 3918

SECRETARIO GENERAL

DECANO DE LA FACULTAD

Escaneado con CamScanner