



Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lasso	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Dorado	NOMBRES Andres Camilo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1085333867		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES 01 AÑO 1997 PAÍS COLOMBIA DEPTO NARIÑO MUNICIPIO PASTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS COLOMBIA DEPTO NARIÑO MUNICIPIO LA UNIÓN TELÉFONO EMAIL sigephes@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		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2012

#### 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	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	2021	

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

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 HOSPITAL EDUARDO SANTOS - LA UNION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO NARIÑO			MUNICIPIO LA UNIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	21	Mes	12	Año	2022	Día		Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA HOSPITALIZADOS Y URGENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 2 16 0 BARRIO EDUARDO SANTOS			

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

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	0	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	0	8

7

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 50. 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



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.333.867**

**LASSO DORADO**  
APELLIDOS

**ANDRES CAMILO**  
NOMBRES

*Andres C. Lasso D.*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ENE-1997**

**PASTO**  
(NARIÑO)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75** **O+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**12-FEB-2015 PASTO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2300100-00676122-M-1085333867-20150305 0043462821A 1 44159401



Teniendo en cuenta que

**Andres Camilo Lasso Dorado**

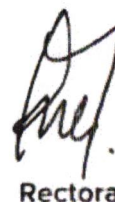
**Identificado(a) con C.C. 1085333867 de Pasto**

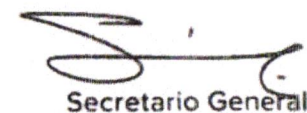
Ha cumplido satisfactoriamente los requisitos académicos de la Fundación,  
le confiere el título de

**Médico**

En fe de lo cual firmamos y refrendamos este diploma, en la  
República de Colombia, Pasto (Nariño), a los Veintitrés (23) días del mes de Julio del año dos mil veintiuno (2021).

  
Decano

  
Rectora

  
Secretario General



Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981

REGISTRO No. 43331 FOLIO 61 DEL LIBRO 11

Diploma No. 52081

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Sede San Juan de Pasto  
SNIES 11473

**ACTA DE GRADO N° 3155**

En la ciudad de San Juan de Pasto, Departamento de Nariño, el día veintitrés (23) del mes de julio del año dos mil veintiuno (2021), se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Medicina; en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución N° 12387 de 1981, y con la debida autorización del Consejo Académico de la Facultad de Ciencias de la Salud, según consta en el Listado Oficial No. 008 del día 9 de julio del año 2021 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

**Médico**

A:

**Andres Camilo Lasso Dorado**

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1085333867

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma N° 52081 con Número de Registro 43331 anotado al Folio 61 del Libro 11 de fecha veintitrés (23) de julio del año dos mil veintiuno (2021), información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los veintitrés (23) días del mes de julio del año dos mil veintiuno (2021).



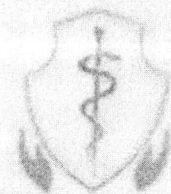
**LINA MARCELA ESCOBAR MARTINEZ**  
RECTORA

**ALEJANDRO SUAREZ PARADA**  
SECRETARIO GENERAL





MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



COLEGIO MÉDICO  
COLOMBIANO  
CMC

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANDRES CAMILO LASSO DORADO

C.C. 1085333867

MÉDICO

Fundación Universitaria San Martín

Pasto

Grado: 23/07/2021

Rethus: 14/11/2022

