



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>ARRÁZOLA                                                                                                                          | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>BERROCAL                                                                                                                                     | NOMBRES<br>ROBERTO ANTONIO                                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>12564423</u>        | GENERO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                                  | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>                                                | NÚMERO<br><u>12564423</u>                                                                                                                                                      | D.M. <u>55</u>                                                                                          |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA <u>07</u> MES <u>10</u> AÑO <u>1965</u><br>PAÍS<br>COLOMBIA<br>DEPTO<br>CÓRDOBA<br>MUNICIPIO<br>MONTERÍA | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 14C 47 26 BARRIO LOS ANGELES<br>PAÍS<br>COLOMBIA DEPTO<br>CÓRDOBA<br>MUNICIPIO<br>MONTERÍA<br>TELÉFONO<br>EMAIL<br>rarrazolab@yahoo.es |                                                                                                         |

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 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  |                            |
| POSTGRADO           | 3                       | X        |    | ESPECIALIZACION EN AUDITORIA CORPORATIVA DE LA CALIDAD EN            | 06          | 2007 |                            |
| POSTGRADO           | 4                       | X        |    | ADMINISTRACION EN SALUD CON ENFASIS EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD | 07          | 2001 |                            |
| PREGRADO            | 12                      | X        |    | MEDICO Y CIRUJANO                                                    | 07          | 1989 | 4825/91                    |

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

## 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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN |     |
|-------------|-----------|-----------------|----------|----|-----------------------------------------------|-------------|-----|
|             |           |                 | SI       | NO |                                               | MES         | AÑO |
|             |           |                 |          |    |                                               |             |     |

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<br>CLINICA MONTERIA S.A.             |  |  |                                     | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA               |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7800031                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |         |     |              |     |                                                   | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                        |  |  | Día                                 | 04      | Mes | 03           | Año | 2022                                              | Día             | 30 | Mes | 11 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR MEDICO             |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DE SALUD   |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 4 60 35 BARRIO LA CASTELLANA |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                             |  |  |                                     |         |     |              |     |                                                   |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>COOSALUD EPS                      |  |  |                                     | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOLÍVAR                                |  |  | MUNICIPIO<br>CARTAGENA DE INDIAS    |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>1800051561                                |  |  | FECHA DE INGRESO                    |         |     |              |     |                                                   | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                        |  |  | Día                                 | 15      | Mes | 09           | Año | 2025                                              | Día             | 21 | Mes | 11 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COORDINADOR DE COSTO MEDICO |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION SALUD |         |     |              |     | DIRECCIÓN                                         |                 |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                   |  |  |                                        |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|------------------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>PROMOSALUD T&E SAS                                                      |  |  |                                        | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                  |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7890504                                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                              |  |  | Día                                    | 07           | Mes | 06           | Año | 2018                                                 | Día | 28 | Mes | 02 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUDITOR MEDCO                                                     |  |  | DEPENDENCIA<br>GERENCIA                |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 27 9 55                           |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                   |  |  |                                        |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ASESORIAS, CONSULTORIAS, AUDITORIAS Y DESARROLLO EN<br>SALUD - ACAD SAS |  |  |                                        | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                  |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3205214506                                                                      |  |  | FECHA DE INGRESO                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                              |  |  | Día                                    | 07           | Mes | 07           | Año | 2004                                                 | Día | 06 | Mes | 06 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR DE AUDITORIAS                                            |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION GERENCIAL     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 62B 6 22 OFICINA 508              |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                   |  |  |                                        |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMDISALUD - EPS                                                         |  |  |                                        | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                  |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7818407                                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                              |  |  | Día                                    | 01           | Mes | 09           | Año | 2008                                                 | Día | 24 | Mes | 07 | Año | 2009 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR NACIONAL DE ASEGURAMI                                    |  |  | DEPENDENCIA<br>GERENCIA                |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 22 8B 38                          |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                   |  |  |                                        |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA UNION SOMEDIA LTDA                                              |  |  |                                        | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                  |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7922922                                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                              |  |  | Día                                    | 01           | Mes | 06           | Año | 2007                                                 | Día | 30 | Mes | 08 | Año | 2008 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>GERENCIA                                                          |  |  | DEPENDENCIA<br>GERENCIA                |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 12 68 BARRIO BUENAVISTA       |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                   |  |  |                                        |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN DIEGO -CERETE                                              |  |  |                                        | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                                      |  |  | MUNICIPIO<br>CERETÉ                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6047746272                                                                      |  |  | FECHA DE INGRESO                       |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                              |  |  | Día                                    | 03           | Mes | 09           | Año | 2004                                                 | Día | 25 | Mes | 05 | Año | 2007 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SUBDIRECTOR CIENTIFICO                                            |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBDIRECCION CIENTIFICA |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 23 CARRERA 20 BARRIO SANTA TERESA |     |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |                                              |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
|----------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|------------------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN DIEGO -CERETE          |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                  |  |  | MUNICIPIO<br>CERETÉ                          |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6047746272                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                          |  |  | Día                                          | 07           | Mes | 07           | Año | 2004                                                 | Día | 02 | Mes | 09 | Año | 2004 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO    |  |  | DEPENDENCIA<br>SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA   |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 23 CARRERA 20 BARRIO SANTA TERESA |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |                                              |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN DIEGO -CERETE          |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                  |  |  | MUNICIPIO<br>CERETÉ                          |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6047746272                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                          |  |  | Día                                          | 08           | Mes | 04           | Año | 2002                                                 | Día | 07 | Mes | 07 | Año | 2004 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>GERENTE / REPRESENTANTE LEGAL |  |  | DEPENDENCIA<br>GERENCIA                      |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 23 CARRERA 20 BARRIO SANTA TERESA |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |                                              |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN DIEGO -CERETE          |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                  |  |  | MUNICIPIO<br>CERETÉ                          |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6047746272                                  |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                          |  |  | Día                                          | 18           | Mes | 07           | Año | 2000                                                 | Día | 07 | Mes | 04 | Año | 2002 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO    |  |  | DEPENDENCIA<br>"SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA" |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 23 CARRERA 20 BARRIO SANTA TERESA |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |                                              |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>AGS COLOMBIA LTDA                   |  |  |                                              | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.                             |  |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                    |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6216130                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                          |  |  | Día                                          | 13           | Mes | 10           | Año | 1999                                                 | Día | 17 | Mes | 02 | Año | 2000 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUDITOR MEDICO                |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION ADMINI DE SALUD     |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 15 101 9 OFICINA 501            |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                               |  |  |                                              |              |     |              |     |                                                      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CORDOBA              |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                  |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                        |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                                      |     |    |     |    |     |      |
|                                                          |  |  | Día                                          | 31           | Mes | 01           | Año | 1997                                                 | Día | 29 | Mes | 03 | Año | 1999 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL UNIRVERSITARIO    |  |  | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD           |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 27 3 28 PALACIO DE NAIN           |     |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |  |                                          |    |         |    |                                            |      |                 |    |     |    |
|------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------|------|-----------------|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CORDOBA          |  |  |  | PÚBLICA<br>X                             |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA                           |      |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                              |  |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                    |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |      |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |         |    |                                            |      | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                      |  |  |  | Día                                      | 29 | Mes     | 12 | Año                                        | 1995 | Día             | 30 | Mes | 01 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO |  |  |  | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD       |    |         |    | DIRECCIÓN<br>CALLE 27 3 28 PALACIO DE NAIN |      |                 |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |  |                                          |    |         |    |                                            |      |                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CORDOBA          |  |  |  | PÚBLICA<br>X                             |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA                           |      |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                              |  |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                    |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |      |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |         |    |                                            |      | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                      |  |  |  | Día                                      | 16 | Mes     | 05 | Año                                        | 1995 | Día             | 28 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>INTERVENTOR DIRECTOR      |  |  |  | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD DPTAL |    |         |    | DIRECCIÓN<br>CALLE 27 3 38 PALACIO DE NAIN |      |                 |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |  |                                          |    |         |    |                                            |      |                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CORDOBA          |  |  |  | PÚBLICA<br>X                             |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA                           |      |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                              |  |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                    |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |      |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |         |    |                                            |      | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                      |  |  |  | Día                                      | 30 | Mes     | 12 | Año                                        | 1994 | Día             | 15 | Mes | 05 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO |  |  |  | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD       |    |         |    | DIRECCIÓN<br>CALLE 27 3 38 PALACIO DE NAIN |      |                 |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |  |                                          |    |         |    |                                            |      |                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE CORDOBA          |  |  |  | PÚBLICA<br>X                             |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA                           |      |                 |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                              |  |  |  | MUNICIPIO<br>MONTERÍA                    |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |      |                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |         |    |                                            |      | FECHA DE RETIRO |    |     |    |
|                                                      |  |  |  | Día                                      | 06 | Mes     | 03 | Año                                        | 1992 | Día             | 29 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO |  |  |  | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD       |    |         |    | DIRECCIÓN<br>CALLE 27 3 38 PALACIO DE NAIN |      |                 |    |     |    |

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: |  |
| 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            | 13                    | 11    |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 17                    | 5     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 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 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

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