



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Sotomayor		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ramos			NOMBRES Cesar Roberto			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1067888326				SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/>		NÚMERO 1067888326			D.M. 11			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				D				
FECHA DÍA 13 MES 07 AÑO 1980				-				
PAÍS COLOMBIA				P.				
DEPTO CÓRDOBA				M				
MUNICIPIO MONTERÍA				T				
							ror90@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007

#### 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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
		SI	NO		MES	AÑO	
ACADÉMICA	APROBADOS			OBTENIDO			PROFESIONAL
TC	4	X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	12	2009	23389/10
UN	10	X		ADMINISTRACION EN SALUD	12	2016	2322146/17
UN	10	X		ABOGADO	12	2022	398.874 C.S.J
ES	1		X	PROCESAL CIVIL			

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
	X				X		X		

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 ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MONTERIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CÓRDOBA			MUNICIPIO MONTERÍA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD SSALUD@MONTERIA.GOV.CO										
TELÉFONOS 7910720			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	17	Mes	03	Año		2023		Día	27	Mes	12	Año		2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO I			DEPENDENCIA ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD				DIRECCIÓN Cl. 27 #3-16, Montería, Córdoba										
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MONTERIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CÓRDOBA			MUNICIPIO MONTERÍA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD SSALUD@MONTERIA.GOV.CO										
TELÉFONOS 7910720			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	23	Mes	09	Año		2022		Día	23	Mes	12	Año		2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO I			DEPENDENCIA ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD				DIRECCIÓN Cl. 27 #3-16, Montería, Córdoba										
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD MEDIALENTOS S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CÓRDOBA			MUNICIPIO MONTERÍA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 7855115			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	01	Mes	04	Año		2022		Día	30	Mes	06	Año		2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - AUD TORIA				DIRECCIÓN CR 12 # 27-57										
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD MEDIALENTOS S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CÓRDOBA			MUNICIPIO MONTERÍA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 7855115			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	09	Mes	11	Año		2021		Día	04	Mes	02	Año		2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER ADMISIONES Y AUTORIZACIONES			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - AUD-TORIA				DIRECCIÓN CR 12 # 27-57										
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD COMPARTA EPS - S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CÓRDOBA			MUNICIPIO MONTERÍA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 7825835			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	04	Mes	01	Año		2021		Día	30	Mes	08	Año		2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO SERVICIO DE AUTORIZACIONES			DEPENDENCIA AUTORIZACIONES				DIRECCIÓN CRA 6 # 25 – 34 EDF MAJO										

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

**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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>11</b>	<b>2</b>

**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 EMPLEADOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS DE MI CURRÍCULO VITAL Y LABORAL, Y LOS DATOS DE MI VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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*