



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

INVIMA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO  
CERÓN

SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )  
ESCORCIA

NOMBRES  
LUIS ARMANDO

MUNICIPIO

TELÉFONO

3012641480

EMAIL@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 BÁSICA |     |     |            |     |     |       |     |                |    |    | TÍTULO OBTENIDO:    |      |
|------------------|-----|-----|------------|-----|-----|-------|-----|----------------|----|----|---------------------|------|
| PRIMARIA         |     |     | SECUNDARIA |     |     | MEDIA |     | FECHA DE GRADO |    |    | BACHILLER ACADÉMICO |      |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o.        | 5o. | 6o. | 7o.   | 8o. | 9o.            | 10 | 11 | MES                 | AÑO  |
|                  |     |     |            |     |     |       |     |                | X  |    | 11                  | 1997 |

### EDUCACION 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 |   |   |   |                            |
| MG                  | 4                       | X        |    | MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA                | 12          | 2   | 0 | 1 | 3 |                            |
| ES                  | 2                       | X        |    | GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD           | 09          | 2   | 0 | 0 | 6 |                            |
| UN                  | 4                       |          | X  | DERECHO                                  |             |     |   |   |   |                            |
| UN                  |                         | X        |    | ODONTOLOGÍA                              | 07          | 2   | 0 | 0 | 3 | 08035205                   |

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 |    |

# 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. |   |                |  |
| <i>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</i>   |   |                |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO ATL  | <i>PÚBLICA</i><br>X                                   | <i>PRIVADA</i> | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>ATLÁNTICO  | <i>MUNICIPIO</i><br>BARRANQUILLA                      |                | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i><br>DASALUD@ATLANTICO.GOV.CO          |
| <i>TELÉFONOS</i><br>0353307284  | <i>FECHA DE INGRESO</i><br>DÍA 28 MES 01 AÑO 2018     |                | <i>FECHA DE RETIRO</i><br>DÍA 23 MES 06 AÑO 2018                       |
| <i>CARGO O CONTRATO</i><br>PROF. DE APOYO A LA GESTION  | <i>DEPENDENCIA</i><br>SALUD PÚBLICA                   |                | <i>DIRECCIÓN</i>   |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>   |   |                |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSP. SAN JOSÉ DE MAICAO EN INTERVENCIÓN  | <i>PÚBLICA</i><br>X                                   | <i>PRIVADA</i> | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA  |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>LA GUAJIRA   | <i>MUNICIPIO</i><br>MAICAO                            |                | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i><br>HOSPITALSANJOSEDEMAICAO@GMAIL.COM |
| <i>TELÉFONOS</i><br>095 724 1010  | <i>FECHA DE INGRESO</i><br>DÍA 01 MES 12 AÑO 2017     |                | <i>FECHA DE RETIRO</i><br>DÍA 31 MES 01 AÑO 2018                       |
| <i>CARGO O CONTRATO</i><br>ASESOR DEL AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR   | <i>DEPENDENCIA</i><br>INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA     |                | <i>DIRECCIÓN</i>   |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>   |   |                |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i>  | <i>PÚBLICA</i>  | <i>PRIVADA</i> | <i>PAÍS</i>  |
| <i>DEPARTAMENTO</i>   | <i>MUNICIPIO</i>                                      |                | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>                                      |
| <i>TELÉFONOS</i>  | <i>FECHA DE INGRESO</i><br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ] |                | <i>FECHA DE RETIRO</i><br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ]                   |
| <i>CARGO O CONTRATO</i>   | <i>DEPENDENCIA</i>                                    |                | <i>DIRECCIÓN</i>   |
| <i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>   |   |                |  |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i>  | <i>PÚBLICA</i>  | <i>PRIVADA</i> | <i>PAÍS</i>  |
| <i>DEPARTAMENTO</i>   | <i>MUNICIPIO</i>                                      |                | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>                                      |
| <i>TELÉFONOS</i>  | <i>FECHA DE INGRESO</i><br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ] |                | <i>FECHA DE RETIRO</i><br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ]                   |
| <i>CARGO O CONTRATO</i>   | <i>DEPENDENCIA</i>                                    |                | <i>DIRECCIÓN</i>   |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

# 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE  |                  |                 |                            |                 |
| EMPRESA O ENTIDAD   |                  | PÚBLICA         | PRIVADA                    | PAÍS            |
| SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO ATL  |                  | X               |                            | COLOMBIA        |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO        |                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| ATLÁNTICO   | BARRANQUILLA     |                 | DASALUD@ATLANTICO.GOV.CO   |                 |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO |                 | FECHA DE RETIRO            |                 |
| 0353307284  | DÍA 25           | MES 10 AÑO 2017 | DÍA 24                     | MES 12 AÑO 2017 |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA      |                 | DIRECCIÓN                  |                 |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO   | SALUD PÚBLICA    |                 |                            |                 |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |                  |                 |                            |                 |
| EMPRESA O ENTIDAD   |                  | PÚBLICA         | PRIVADA                    | PAÍS            |
| SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO ATL  |                  | X               | 5                          | COLOMBIA        |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO        |                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| ATLÁNTICO   | BARRANQUILLA     |                 | DASALUD@ATLANTICO.GOV.CO   |                 |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO |                 | FECHA DE RETIRO            |                 |
| 0353307284  | DÍA 15           | MES 09 AÑO 2016 | DÍA 29                     | MES 12 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA      |                 | DIRECCIÓN                  |                 |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO   | SALUD PÚBLICA    |                 |                            |                 |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |                  |                 |                            |                 |
| EMPRESA O ENTIDAD   |                  | PÚBLICA         | PRIVADA                    | PAÍS            |
| CONSORCIO EN SALUD FIDUPREVISORA PPL  |                  | X               |                            | COLOMBIA        |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO        |                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| ATLÁNTICO   | BARRANQUILLA     |                 |                            |                 |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO |                 | FECHA DE RETIRO            |                 |
| 0312126925  | DÍA 16           | MES 05 AÑO 2016 | DÍA 30                     | MES 08 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA      |                 | DIRECCIÓN                  |                 |
| COORDINADOR REGIONAL NORTE  | REGIONAL NORTE   |                 |                            |                 |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |                  |                 |                            |                 |
| EMPRESA O ENTIDAD   |                  | PÚBLICA         | PRIVADA                    | PAÍS            |
| SALUDCOOP EPS EN INTERVENCIÓN   |                  |                 | X                          | COLOMBIA        |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO        |                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| META  | VILLAVICENCIO    |                 |                            |                 |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO |                 | FECHA DE RETIRO            |                 |
|   | DÍA 26           | MES 10 AÑO 2014 | DÍA 06                     | MES 02 AÑO 2015 |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA      |                 | DIRECCIÓN                  |                 |
| DIRECTOR MÉDICO   | REGIONAL LLANOS  |                 | EN LIQUIDACIÓN             |                 |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

# 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE  |                               |                              |          |
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA                       | PRIVADA                      | PAÍS     |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |          |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO              | FECHA DE RETIRO              |          |
|   | DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]       | DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]      |          |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL   | DEPENDENCIA                   | DIRECCIÓN                    |          |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |                               |                              |          |
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA                       | PRIVADA                      | PAÍS     |
| SOLSALUD EPS EN INTERVENCIÓN  | X                             |                              | COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |          |
| ATLÁNTICO   | BARRANQUILLA                  |                              |          |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO              | FECHA DE RETIRO              |          |
|   | DÍA [0,4] MES [06] AÑO [2012] | DÍA [03] MES [07] AÑO [2013] |          |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA                   | DIRECCIÓN                    |          |
| GERENTE REGIONAL NORTE  | REGIONAL NORTE                | EN LIQUIDACIÓN               |          |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |                               |                              |          |
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA                       | PRIVADA                      | PAÍS     |
| HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO E.S.E<br>SANTA MARIA MAGDALENA  | X                             |                              | COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |          |
| ATLÁNTICO   | MALAMBO                       |                              |          |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO              | FECHA DE RETIRO              |          |
| 3145410393  | DÍA [16] MES [11] AÑO [2006]  | DÍA [31] MES [03] AÑO [2012] |          |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA                   | DIRECCIÓN                    |          |
| GERENTE   | GERENCIA                      | CALLE 10 # 23-93             |          |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |                               |                              |          |
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA                       | PRIVADA                      | PAÍS     |
| SECRETARÍA DE SALUD DE MALAMBO  | X                             |                              | COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO                     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |          |
| ATLÁNTICO   | MALAMBO                       |                              |          |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO              | FECHA DE RETIRO              |          |
| 0353767471  | DÍA [28] MES [11] AÑO [2005]  | DÍA [07] MES [11] AÑO [2006] |          |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA                   | DIRECCIÓN                    |          |
| SECRETARIO DE SALUD   | SECRETARIA LOCAL DE SALUD     | CALLE 11 CRA 15 ESQUINA      |          |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

# 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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE  |   |                            |  |
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA   | PRIVADA                    | PAÍS   |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |  |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL   | DEPENDENCIA   | DIRECCIÓN                  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |   |                            |  |
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA   | PRIVADA                    | PAÍS   |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |  |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA   | DIRECCIÓN                  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |   |                            |  |
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA   | PRIVADA                    | PAÍS   |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |  |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA   | DIRECCIÓN                  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |   |                            |  |
| EMPRESA O ENTIDAD   | PÚBLICA   | PRIVADA                    | PAÍS   |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |  |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA   | DIRECCIÓN                  |  |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

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

**4 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                | 9                     | 1        |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO     | 1                     | 6        |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        |                       |          |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>10</b>             | <b>7</b> |

**5 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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTÁ, 24 DE OCTUBRE 2018

**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