República de Colombia
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE MONTERÍA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIDASINÚ		
SIGLA		NIT No.	812005726-7
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :		PARA ENTIDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :	
ORDEN: NAL. [ ] DPT. [ ] DIST. [ ] MPIO. [X] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____	TIPO: [0][4] (VER AL RESPALDO)	CLASE [ ][ ] (VER AL RESPALDO)	
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS COLOMBIA	DEPARTAMENTO CÓRDOBA	
MUNICIPIO MONTERÍA	DIRECCIÓN CALLE 22B # 4W-33BARRIO EL AMPARO		
TELÉFONOS 7848910	FAX	APARTADO AÉREO	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 PRESTACIÓN D SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD	2
3	4
5	6

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO :

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
ALCALDÍA DE MONTERÍA	X		7919296	31/12/2021	$ 915.702.721,00
ALCALDÍA DE MONTERÍA	X		7919296	20/12/2021	$ 199.998.710,50
ALCALDÍA DE MONTERÍA	X		7919296	30/12/2020	$ 965.817.169,00
ALCALDÍA DE MONTERÍA	X		7919296	24/02/2019	$ 2.004.987.215,60

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
JULIO	SIMANCA	NAYIBE LUCIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	ACTÚA EN CARÁCTER DE :	CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN
C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]	51955486	Representante Legal [X] Apoderado [ ]	$

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : SI [ ] NO [ ]

ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES : _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	MONTERÍA, JULIO 28 DE 2022

GERENTE VIDASINÚ

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CIUDAD Y FECHA

CONTRATANTE

FORMA FUHVPJ001

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
SPATH	PORTILLO	DORIS ESTELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 43185706	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 03 MES 02 AÑO 1984	CALLE 48N 18 11 BARRIO ROSENDO GARCES			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CORDOBA
DEPTO	CORDOBA	MUNICIPIO	MONTERIA		
MUNICIPIO	CERETE	TELÉFONO	8028702	EMAIL	dspathp@hotmail.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	11	AÑO	1999

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	
	0	X		MASTER EXECUTIVE EN GESTION HOSPITALARIA	09	2015	
POSTGRADO	2	X		ESP. GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	11	2014	-
POSTGRADO	3	X		ESP. AUDITORIA COORP. DE LA CALIDAD EN SALUD	07	2011	-
PREGRADO	8	X		GERENCIA DE SISTEMAS DE INF EN SALUD	09	2005	05619-025762

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
INGLÉS	X			X			X		

VISADO GERENTE

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIDASINU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7848910	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2020	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 22 B 4 W 33 BARRIO EL AMPARO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LOS CORDOBAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* LOS CORDOBAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7604063	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* BARRIO CENTRO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION PROYECCION NORTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ARBOLETES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145561828	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 31 N 28 27						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LOS CORDOBAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* LOS CORDOBAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7604063	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* BARRIO CENTRO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LOS CORDOBAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* LOS CORDOBAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7604063	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	27	*Mes*	07	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* BARRIO CENTRO						

VISADO Vidasinu GERENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LOS CORDOBAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* LOS CORDOBAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7604063	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* BARRIO CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MANEXKA EPSI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* SAN ANDRES SOTAVENTO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7798787	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2009	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 12 N ° 8 -39						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EAT VIVIR CONSALUD IPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7633203	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 4 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE VIDA SINU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	10	*Año* 2016	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 22 B ° 4 w-33						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL PEDRO NEL CARDONA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ARBOLETES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8200026	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	04	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SISTEMAS					*DIRECCIÓN* BARRIO EL DEPORTIVO						



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ARBOLETES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ARBOLETES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8200123	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	09	*Año* 2012	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOMIL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* MOMIL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8107218	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2009	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* PARQUE PRINCIPAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MOMIL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* MOMIL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8107218	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2008	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* parque principal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL ZAMARA PARIS FONTIDUEÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLIN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4482030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	05	*Año* 2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONVENIO ESTADISTICAS VITALES					*DIRECCIÓN* CARRERA 42 N ° 20 E-91						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ARBOLETES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ARBOLETES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	07	*Año* 2005	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

VISADO vidasinj GERENTE

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN RAFALE DE ZARZAL			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	04	Mes	06	Año 2004	Día	31	Mes	10	Año	2004	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA CALIDAD					DIRECCIÓN CALLE 5 N ° 6 -32						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO LOS CORDOBAS					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	02	Mes:	02	Año: 2019	Día:	06	Mes:	07	Año:	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ARBOLETES					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	10	Mes:	02	Año: 2016	Día:	30	Mes:	06	Año:	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR-CUN-			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO MONTERIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	09	Año: 2016	Día:	30	Mes:	11	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						

VISADO Vidasinj GERENTE

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	6	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	14	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	33	8

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 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

Doris E. Spath Portillo
GERENTE
ESE vidasinú

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