FORMATO COMPLETO

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
Avendaño	Castro	Raul Antonio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 12552536	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 06 AÑO 1961	MANZANA 7 CASA 6 B CASA URB VILLA CONCHA SANTA MARTA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3126517067	EMAIL	raulavendanocastro1961@gmail.

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	12	AÑO	1984

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	
PREGRADO	3	X			05	2002	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Conferencia	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS Y OTROS	EDUCACIÓN INFORMAL	CAPACITACION SOBRE GENERALIDADES DE MEDICAMENTOS	10	2010
Conferencia	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS Y OTROS	EDUCACIÓN INFORMAL	V JORNADA DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA	08	2007
Conferencia	SERVICIO NACIONAL DE APRENSIZAJE SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	CURSO BASIC DE ECONOMIA SOLIDARIA	09	2005
Conferencia	ESE CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO FERNANDO TROCONIS	EDUCACIÓN INFORMAL	IV JORNADA DE ACTUALIZACION DE PSIQUIATRIA	08	2005

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Conferencia	ESE CENTRO DE REHABILITACION Y DIAGNOSTICO FERNANDO TROCNIS	EDUCACIÓN INFORMAL	1 CURSO DE ACTUALIZACION EN PSIQUIATRIA PARA MEDICOS Y ENFERMERAS	09	2003
Conferencia	ASOCIACION DE MEDICOS DE SANTA MARTA	EDUCACIÓN INFORMAL	6º CNGRESO DE URGENCIAS 5º DE ACTUALIZACION MEDICA COSTA CARIBE	06	2003
Conferencia	CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA GABRIEL ANGULO	EDUCACIÓN INFORMAL	APTITUP OCUPACIONAL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	06	2000

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

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: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: PSIQUIATRIA						DIRECCIÓN: - CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HUJMB			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: REQUIERE CORRECCION						DIRECCIÓN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: MAGDALENA	MUNICIPIO: SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 4214793	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	08	Mes	11	Año	2011	Día	30	Mes	06	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: PSIQUIATRIA						DIRECCIÓN: CARRERA 14 N 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SORY C E U			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3688791	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2007	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CALLE 76 N 42 78						

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:*		*Año:*		
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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	7

FORMATO COMPLETO

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 X 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 SANTA MARTA

Raúl Antonio Avendaño

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