



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ZAMBRANO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) JIMENEZ		NOMBRES RAFAEL ANTONIO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>7600572</u>			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO <u>7600572</u> D.M. <u>3</u>					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>26</u> MES <u>AGO</u> AÑO <u>1979</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Magdalena</u> CIUDAD <u>Santa Marta</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 55 N 152b-68 APTO 307 TORRE 1 PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u> TELEFONO <u>3142657024</u> EMAIL <u>rafaelzambrano79@hotmail.com</u>		

## 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 BACHILLERATO					
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO					
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1998		

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).  
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRÍA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA 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	
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE URGENCIAS	5	2024	
Universitaria	12	X		MEDICINA	7	2005	119191/2006

Firma electrónica validador: null

38946

Documento electrónico: null  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
BLS Y ACLS	SABERSALUD	2024	48
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	AMPJ SALUD	2020	40
AIEPI Y IAMI	HOSPITAL TUNJUELITO	2007	50

## DOMINIO DE IDIOMAS

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

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO													
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.					X		Colombia						
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
Bogotá D.C.		Bogotá D.C.			www.subredintegradasur.gov.co								
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
7300000		DIA	6	MES	6	AÑO	2024	DIA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN							
MEDICO ESPECIALISTA MEDICINA		URGENCIAS ADULTOS				CRA 20 N 42 SUR 47							

EMPLEO O CONTRATO													
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENEDY					X		Colombia						
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
Bogotá D.C.		Bogotá D.C.			www.contactenos@subredsuroccidente.gov.co								
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
4480030		DIA	18	MES	2	AÑO	2013	DIA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN							
MEDICO GENERAL		URGENCIAS				TV 74 F N 40B 57 SUR							

Firma electronica validador: null



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL TUNAL				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.contactenos@subredsur.gov.co				
TELÉFONOS 7428585		FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 4 AÑO 2011			FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 1 AÑO 2021				
CARGO O CONTRATO MEDICO		DEPENDENCIA URGENCIAS ADULTOS			DIRECCIÓN Cra 20 N42 sur- 47				

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitaleltunal.gov.co				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 8 AÑO 2008			FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 9 AÑO 2012				
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL		DEPENDENCIA URGENCIAS			DIRECCIÓN CRA 15 N 1 59 SUR				

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	0
Pública	17	3
Total	17	3

Firma electronica validador: null



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. – 20/11/2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

*Rafael Zambano J.*  
Firma electrónica:  
null  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Firma electronica validador: null