



# 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 RUIZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ECHEVERRÍA		NOMBRES FRANCO RAFAEL	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1082880973			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 1082880973 D.M 12					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO [REDACTED] PAÍS Colombia DEPTO Magdalena CIUDAD Santa Marta			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA [REDACTED] PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5471506 EMAIL frruize@unal.edu.co		

## 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 BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2004

### 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 (MAESTRIA 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	4	X		ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	6	2023	1082880973
Especialización médico	6	X		ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	4	2018	54389/2012
Universitaria	12	X		MEDICINA	12	2010	54389/2012

Firma electronica validador: null

331745

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

Página 1 de 5



# 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
ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SUBRED SUR	2021	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	PARAMEDIC RECUE ACADEMY	2020	50
SOPORTE VITAL BÁSICO	PARAMEDIC RESCUE ACADEMY	2020	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
inglés		X				X			X
portugués		X				X		X	

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.	frrize@unal.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3212011166	DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>		DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ginecologo oncologo	ginecologia	hospital de meissen	

Firma electronica validador: null

331745

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

Página 2 de 5



# 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 CLINICA PALERMO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD franco_15_2@hotmail.com	
TELÉFONOS 5727777	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>
CARGO O CONTRATO MEDICO HOSPITALARIA GINECOLOGIA Y	DEPENDENCIA HOSPITAL EL TUNAL	DIRECCIÓN CARRERA 20 NUMERO 42 SUR 47	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA COLSUBSIDIO ROMA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD franco_15_2@hotmail.com	
TELÉFONOS 7447525	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA HOSPITAL EL TUNAL	DIRECCIÓN CARRERA 20 NUMERO 42 SUR 47	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PAMPLONA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Norte de Santander	MUNICIPIO Pamplona	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD franco_15_2@hotmail.com	
TELÉFONOS 5681070	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="26"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA HOSPITAL EL TUNAL	DIRECCIÓN CARRERA 20 NUMERO 42 SUR 47	

Firma electronica validador: null

331745

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

Página 3 de 5



# 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			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> CENTRO DE SALUD DE CACOTA	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Norte de Santander	<i>MUNICIPIO</i> Cácuta	<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> franco_15_2@hotmail.com	
<i>TELÉFONOS</i> 5290010	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i> MEDICO SERVICIO SOCIAL	<i>DEPENDENCIA</i> HOSPITAL EL TUNAL	<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 20 NUMERO 42 SUR 47	

## 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	4	7
Pública	2	9
Total	7	5

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. - null  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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