Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MARTINEZ	SOTO	ARTURO MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 6.868.905

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 0 2 MES 0 4 AÑO 1 9 5 2

DEPTO CORDOBA

MUNICIPIO PUERTO ESCONDIDO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 16 Nº 16 B -06

PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA

MUNICIPIO PLANETA RICA

TELÉFONO 3215671713 EMAIL arturomartinezsoto@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: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1972

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICO CIRUJANO	09	1982	1866

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

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
E.S.E CAMU BUENAVISTA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	BUENAVISTA	gerencia@esecamubuenavista.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7712108	DÍA 01 MES 03 AÑO 2020	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GERENTE	GERENCIA	CALLE 9ª N° 8-60

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MISION PERSONAL LTDA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	BUENAVISTA	misionpersonal@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
79894780	DÍA 01 ME 02 AÑO 2017	DÍA 31 MES 03 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	CALLE 38 N°8-53

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL SAN NICOLAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	PLANETA RICA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7762960	DÍA 01 MES 04 AÑO 2010	DÍA 15 MES 10 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	CALLE 15CRA 16 ESQ

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	BUENAVISTA	alcaldía@buenavista-cordoba.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7817986	DÍA 01 MES 02 AÑO 2008	DÍA 08 MES 02 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SECRETARIO DE SALUD	SECRETARIA DE SALUD	CARRERA 11N° 11-47

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E CAMU BUENAVISTA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	BUENAVISTA	camubuenavista@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
034-7712108	DÍA 01 MES 05 AÑO 2006	DÍA 18 MES 01 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	CONSULTA EXTERNA	CALLE 9 A N° 8-60

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E CAMU BUENAVISTA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	BUENAVISTA	camubuenavista@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
034-7712108	DÍA 01 MES 08 AÑO 2003	DÍA 27 MES 10 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GERENTE	GERENCIA	CALLE 9 A N° 8-60

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GOBERNACION DE CÓRDOBA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	MONTERIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7824055	DÍA 21 MES 08 AÑO 1998	DÍA 31 MES 12 AÑO 2000

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SECRETARIO DE SALUD	SECRETARIA DE SALUD	CALLE 27 CRA 4

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CÓRDOBA	BUENAVISTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8100075	DÍA 01 MES 06 AÑO 1992	DÍA 31 MES 12 AÑO 1994

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
ALCALDE MUNICIPAL	DESPACHO ALCALDE	

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA MUNICIPAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: CÓRDOBA	*MUNICIPIO*: BUENAVISTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: alcaldía@buenavista.cordoba.gov.co
TELÉFONOS: 7811400	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 01 MES 06 AÑO 1988		*FECHA DE RETIRO*: DÍA 31 MES 05 AÑO 1990
CARGO O CONTRATO: ALCALDE MUNICIPAL	*DEPENDENCIA*: DESPACHO ALCALDE		*DIRECCIÓN*: CALLE 11 N° 11-47
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO DE SALUD	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: CÓRDOBA	*MUNICIPIO*: BUENAVISTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: camubuenavista@hotmail.com
TELÉFONOS: 034-7712108	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 04 MES 10 AÑO 1984		*FECHA DE RETIRO*: DÍA 30 MES 05 AÑO 1987
CARGO O CONTRATO: MEDICO DIRECTOR	*DEPENDENCIA*: DIRECCION		*DIRECCIÓN*: CALLE 9 A N° 8-60
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN JERONIMO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: CÓRDOBA	*MUNICIPIO*: MONTERIA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 7811400	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 26 MES 11 AÑO 1982		*FECHA DE RETIRO*: DÍA 26 MES 11 AÑO 1983
CARGO O CONTRATO: MEDICO RURAL	*DEPENDENCIA*: CONSULTA EXTERNA		*DIRECCIÓN*: CALLE 21 KRA 15
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD:	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*:	*PAÍS*:
DEPARTAMENTO:	*MUNICIPIO*:		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO:	*DEPENDENCIA*:		*DIRECCION*:

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	**20**	**3**
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	**3**	**1**
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**20**	
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	43	4

5 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 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).

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS