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
RAMIREZ	MAESTRE	OSCAR ANDRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1065621256	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1065621256 D.M. 15

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 20 MES 09 AÑO 1990	CARRERA 38 4 42 CONJUNTO SANTILLANA MANZANA B CASA 15			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CESAR
DEPTO	CESAR	MUNICIPIO	VALLEDUPAR		
MUNICIPIO	VALLEDUPAR	TELÉFONO	3105348367	EMAIL	mdoscarramirez@outlook.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	2007

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	
POSTGRADO	1		X	ESPECIALIZACION EN ALTA GERENCIA			
POSTGRADO	2		X	MAESTRIA EN TOXICOLOGIA			
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD	12	2023	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2020	1065621256
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	10	2019	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	07	2025
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	160	X		DIPLOMADO PROTOCOLO DE ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	07	2025
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019	09	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	160	X		Diplomado en el Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto.	09	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional Resolución 3100 / 2019	09	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza]	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 - 2022	09	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019	09	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019	09	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019	09	2026
QUIRON	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS	09	2026
La Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	12	X		Curso Virtual mhGAP Humanitario	08	2027

4 IDIOMAS

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*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	VALLEDUPAR	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 15 Mes 07 Año 2026	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENENRAL	ASISTENCIAL URGENCIAS HOSPITAL	CALLE 16 17 null 192

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA MEDICOS VALLEDUPAR		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	VALLEDUPAR	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5847612	Día 23 Mes 12 Año 2022	Día Mes Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICOS GENERAL	ASISTENCIAL - UCIA	CALLE 14 17 47

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	VALLEDUPAR	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 01 Mes 01 Año 2026	Día 30 Mes 06 Año 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL	AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS	CALLE 16 17 null 192

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	VALLEDUPAR	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 01 Mes 09 Año 2025	Día 31 Mes 12 Año 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
85121600 - MEDICO	URGENCIAS ADULTO	CALLE 16C 17 141

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	VALLEDUPAR	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5712339	Día 01 Mes 01 Año 2025	Día 31 Mes 08 Año 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COMO MEDICO GENERAL	AREA DE URGENCIAS	CALLE 16 17 192 VIA LA POPA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DEL CESAR SA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* VALLEDUPAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5748350	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	02	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 16 14 90					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* VALLEDUPAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 16C 17 141					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* VALLEDUPAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5712339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	12	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS DE LA ESE						*DIRECCIÓN* CALLE 16 17 192 VIA LA POPA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL ROSARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* VALLEDUPAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 57122339	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 16 17 192 VIA LA POPA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* VALLEDUPAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5748461	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* MEDICO GENERAL ADJUNTO AL AREA						*DIRECCIÓN* CALLE 16C 17 141					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SAN JUAN BAUTISTA S.A.S.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	*MUNICIPIO* SAN JUAN DEL CESAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7740331	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO RURAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 7 1 74					

6 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*					

7 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	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 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 valledupar, 2A-10-26

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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