



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 21-sep-2026

Fecha Validación: 13-oct-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VERBEL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DE LA ROSA	NOMBRES EDUARDO JOSE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 85154803	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 85154803 D.M. 12		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA MES AÑO PAÍS DEPTO CIUDAD		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO CIUDAD TELEFONO EMAIL

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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2002

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 SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA	1 2021	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	7 2016	
Universitaria	12	X	MEDICINA	7 2009	85154803

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 13/10/2026 17:02:21

1840782

Documento electrónico: 63ee189f924444efb8fdb87b32ebccc615a36cdeabbd802a23d0e41c94e6e85e
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 21-sep-2026

Fecha Validación: 13-oct-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

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 FAMISANAR EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Imrodriguez@famisanar.com.co	
TELÉFONOS 6013078069	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 6 AÑO 2026		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 7 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO ASESOR DE PRESUPUESTOS MAXIMOS	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Calle 78 # 13A – 07	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FAMISANAR EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Imrodriguez@famisanar.com.co	
TELÉFONOS 6013078069	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 5 AÑO 2026		FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 5 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO GERENTE EN SALUD	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Calle 78 # 13A – 07	

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 13/10/2026 17:02:21

1840782

Documento electrónico: 63ee189f924444efb8fdb87b32ebccc615a36cdeabbd802a23d0e41c94e6e85e
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 21-sep-2026

Fecha Validación: 13-oct-2026

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 NUEVA CLINICA ARENAS VALLEDUPAR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cesar	MUNICIPIO Valledupar	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionhumana@clinicaarenas.com	
TELÉFONOS 3102208781	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 7 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 5 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO GERENTE	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN CL 16 C 17 A 169	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD COOSALUD EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bolívar	MUNICIPIO Cartagena De Indias	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD rquiroz@coosalud.com	
TELÉFONOS 6056697702	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 12 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 7 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO CHIEF MEDICAL OFFICER	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN Olaya Herrera # 52 - 136, Villa Olímpica	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FAMISANAR EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lmrodriguez@famisanar.com.co	
TELÉFONOS 6013078069	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 9 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO MÉDICO AUDITOR HOSPITALARIO	DEPENDENCIA AUDITORIA	DIRECCIÓN Calle 78 # 13A - 07	

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 13/10/2026 17:02:21

1840782

Documento electrónico: 63ee189f924444efb8fdb87b32ebccc615a36cdeabbd802a23d0e41c94e6e85e
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 21-sep-2026

Fecha Validación: 13-oct-2026

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 MEDIMAS EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cevelezt@medimas.com.co	
TELÉFONOS 5559300	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 5 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 4 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO GERENTE DE ACCESO EN SALUD	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Autopista norte #108-27 piso 7 - torre 1	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD MEDIMAS EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cevelezt@medimas.com.co	
TELÉFONOS 5559300	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 10 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 5 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO DIRECTOR DE GESTIÓN DE RIESGO EN	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN Autopista norte #108-27 piso 7 - torre 1	

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	5	2
Pública	0	0
Total	5	2

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 13/10/2026 17:02:21

1840782

Documento electrónico: 63ee189f924444efb8fdb87b32ebccc615a36cdeabbd802a23d0e41c94e6e85e
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 21-sep-2026

Fecha Validación: 13-oct-2026

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. - 21-sep-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
EDUARDO JOSE VERBEL DE LA ROSA 21/09/2026 12:39:36
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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ 13/10/2026 17:02:21

1840782

Documento electrónico: 63ee189f924444efb8fdb87b32ebccc615a36cdeabbd802a23d0e41c94e6e85e
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5