Dirección Recursos

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
PRASCA	CEPEDA	TOMAS GILBERTO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79267499	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 79267499 D.M. 10

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA	
PAÍS	
DEPTO	
MUNICIPIO	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 5o. 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	1977

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	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA FINANCIERA	12	2006	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DEL CONTROL INTERNO Y LA AUDITORIA MEDICA	12	2000	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD	12	1999	
POSTGRADO	8	X		MAESTRIA EQUIVALENTE EN ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL	04	1996	
POSTGRADO	8	X		CIRUGIA GENERAL	12	1995	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	1988	ver adjunto

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
INGLES	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 VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTA	MUNICIPIO: BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 17	Mes: 05	Año: 2019			Día:	Mes:	Año:			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA: BENEFICIOS EN ASEGURAMIENTO					DIRECCIÓN: CARRERA 13 - 32 76					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTA	MUNICIPIO: BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 16	Mes: 11	Año: 2011			Día: 16	Mes: 05	Año: 2019			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA: SUB DE PRESTACION DE SERVICIOS					DIRECCIÓN: CARRERA 13 - 32 76					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTA	MUNICIPIO: BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 09	Mes: 01	Año: 2018			Día: 29	Mes: 01	Año: 2018			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: SUBDIRECTOR TECNICO	DEPENDENCIA: SUBDIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS					DIRECCIÓN: CARRERA 13 - 32 76					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTA	MUNICIPIO: BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 02	Mes: 01	Año: 2017			Día: 23	Mes: 01	Año: 2017			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: SUBDIRECTOR TECNICO	DEPENDENCIA: SUBDIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS					DIRECCIÓN: CARRERA 13 - 32 76					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HORIZONTE HEALTH RESOURCES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	02	*Año*	1997	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CIRUJANO GENERAL	*DEPENDENCIA* CIRUGIA Y CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* - BOGOTA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	03	*Año*	2010	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE CALIDAD					*DIRECCIÓN* Bogotá						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año*	2009	*Día*	08	*Mes*	03	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GARANTIA DE CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 - 12 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	03	*Año*	2008	*Día*	09	*Mes*	02	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GARANTIA DE CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 - 12 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3649090	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año*	2007	*Día*	15	*Mes*	02	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GARANTIA DE CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 - 12 81						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3335809	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	06	*Año*	2006	*Día*	12	*Mes*	04	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 N 1 59 Sur					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5669143	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	08	*Año*	2004	*Día*	16	*Mes*	06	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR DE UNIDAD HOSPITALARIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION GERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 13 - 28 44 SUR					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD VIDA EPS COOPERATIVA INTEGRAR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	11	*Año*	2001	*Día*	14	*Mes*	07	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE NACIONAL	*DEPENDENCIA* PRESIDENCIA						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMCAJA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	1999	*Día*	09	*Mes*	10	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE NACIONAL DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DEL PILAR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	1996	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL CIRUJANO GENERAL	*DEPENDENCIA* SERVICIOS URGENCIAS HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 40 34					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES- EN LIQUIDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 2431733	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	05	*Año*	1997	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* CALIDAD REGIONAL CUNDINAMARCA						*DIRECCIÓN* - SIN DIRECCION					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLÍNICA LA CALERA SA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* LA CALERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	1998	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL CIRUJANO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 - 8 10 LA CALERA					

4 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*					

5 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	17	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	35	9

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 _____ _____

_____ _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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