



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rubiano	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) García	NOMBRES Helver Gulovanni
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80425054	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒		PAÍS COLOMBIA
NÚMERO 72092805248		D.M. 55
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 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1990

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD	01	2012	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD PUBLICA	05	2006	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	06	2004	
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR	12	2002	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	1998	4632/04

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	SANTA LAURA IPS S.A.S	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
Ambos	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	700
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
70	554000000000	LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS CON LA RED PÚBLICA
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	CENTRO NACIONAL DE ONCOLOGIA S.A	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	CLINICA REMY IPS	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
Persona!	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	700
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
20		LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS CON FONDOS DE DESARROLLO LOCAL
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
Ambos	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	800
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
400	840000000000	MANEJO DE LA SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO CON 6 PROYECTOS DE INVERSIÓN INCLUYENDO INVESTIGACIÓN Y REDES

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
CLINICA REMY IPS							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
CENTRO NACIONAL DE ONCOLOGIA S.A							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
SANTA LAURA IPS S.A.S							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS

Tipo:	Nombre de la Entidad / Organización:	Fecha del Premio y/o Reconocimiento:		
		Día:	Mes	Año
Reconocimiento	MUNICIPIO DE CUCUNUBA - ORDEN CRUZ DE ORO	01	01	1999
País de Residencia:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	CUCUNUBA		

4

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA REMY IPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		MUNICIPIO BOGOTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3504270658		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2019	Día	06	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE COMERCIAL		DEPENDENCIA GERENCIA GENERAL						DIRECCIÓN CALLE 166 - 16B 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SANTA LAURA IPS S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA		MUNICIPIO BOGOTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7465695		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	11	Año	2019	Día	06	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENCIA GENERAL		DEPENDENCIA GERENCIA GENERAL						DIRECCIÓN CARRERA 52C - 46A 15 SUR					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO NACIONAL DE ONCOLOGIA S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ			MUNICIPIO BOGOTÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7465691			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	11	Año	2017	Día	04	Mes	11	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR MEDICO/DIRECTOR MEDICO			DEPENDENCIA GERENCIA GENERAL					DIRECCIÓN CARRERA 47 - 94 - 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ			MUNICIPIO BOGOTÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3649090			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	10	Año	2014	Día	03	Mes	01	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBSECRETARIO DE DESPACHO			DEPENDENCIA SECRETARIA Y SUBSECRETARIA DE DESPACHO					DIRECCIÓN CARRERA 32 - 12 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ			MUNICIPIO BOGOTÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3649090			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	05	Año	2013	Día	20	Mes	10	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBSECRETARIO DE DESPACHO			DEPENDENCIA DESAPCHO SECRETARIO DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 32 - 12 - 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ			MUNICIPIO BOGOTÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3649090			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	09	Mes	02	Año	2012	Día	07	Mes	05	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO			DEPENDENCIA DESPACHO DEL SECRETARIO					DIRECCIÓN CARRERA 32 - 12 - 81						

5

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						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

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	7	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	8

7

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI _____ ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EN LOS SECTORES PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CONFIABLES Y VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190)

Ciudad y fecha de diligenciamiento

8

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