ANEXO No. 10

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado para todo el personal que conforma el Recurso Humano ofertado,

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Nombres y Apellidos: Juan Manuel Álvarez
Cédula de Ciudadanía: 88227948 de Cucutá
Fecha de Nacimiento: 9 marzo 1977
Nacionalidad: Colombiano
Profesión: Cirujano pediatra
Universidad: Universidad de los Andes de Merida
No Registro Profesional: 0183/06
Título Obtenido: Cirujano pediatra – Medicina general
Especializaciones: Cirujano pediatra
Tiempo de Experiencia en la Práctica de los Procedimientos Objeto de la Contratación:
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente: sep 2019
Firma del Profesional **Firma del Representante Legal**

NOMBRE DEL PROPONENTE : CEREN S.A.S.
NIT o C.C : 900510844-2
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL : LILIÁN CAROLINA GUZMÁN
C.C., : 52.446.161 BTÁ

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN : Av Cll 13 No. 35-06
TELÉFONO : (1) 466 0539

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **88.227.948**

ALVAREZ CARRASCAL

APELLIDOS

JUAN MANUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAR-1977**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-1995 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00293122-M-0088227948-20110415 0026707116A 1 35982818

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 8735

11 JUL. 2013

( )

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Unidad de Atención al Ciudadano
CERTIFICA:
Que la presente fotocopia fue comparada con la original y es auténtica
Fecha 12 JUL. 2013
Firma

EL DIRECTOR DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 5012 de 2009 y las Resoluciones No.2763 del 13 noviembre de 2003 y No.8331 del 2 de julio de 2013.

CONSIDERANDO:

Que JUAN MANUEL ALVAREZ CARRASCAL, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 88.227.948, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA, otorgado el 7 de diciembre de 2012 por la UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2013ER18167-44239/13.

Que el convalidante aportó copia del título de MÉDICO CIRUJANO otorgado el 17 de junio de 2005 por la UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA, COLOMBIA.

Que JUAN MANUEL ALVAREZ CARRASCAL canceló la suma de cuatrocientos noventa y un mil pesos ($491.000.oo) por concepto de estudio para la convalidación del título cursado y obtenido en el exterior, de acuerdo con lo establecido en el artículo 4° de la Resolución 2590 de 2012.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3° de la Resolución 5547 del 1° de diciembre de 2005 y 178 del decreto 019 de 2012, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Evaluación Académica*, el cual establece que *"Si el título que se somete a convalidación no se enmarca en ninguno de los criterios señalados anteriormente o si no existe certeza sobre el nivel académico de los estudios que se están convalidando, o su denominación, se someterá la documentación a proceso de evaluación académica."*

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA, otorgado el 7 de diciembre de 2012 por la UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA, a JUAN MANUEL ALVAREZ CARRASCAL, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 88.227.948, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el artículo 76 de la ley 1437 de enero 18 de 2011.

ARTÍCULO TERCERO.- La presente resolución no sirve de referencia para aplicar el criterio de Caso Similar.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los 11 JUL. 2013

EL DIRECTOR DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR.

CARLOS DAVID ROCHA AVENDAÑO

Proyectó: CIMH 25/06/2013

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No.

54 183/ 2006

Libertad y Orden

Firma Médico

Nombres y Apellidos

JUAN MANUEL ALVAREZ C.

C.C. o C.E.

C 88227948

De

CUCUTA

Universidad

PEDAG Y TEC DE COL

Ciudad

TUNJA

Código 47080/54

Fecha de Expedición 16/06/06

República Bolivariana de Venezuela

Mario Bonucci Rossini

Rector de la

Universidad de Los Andes

De acuerdo con la autoridad que le otorga la Ley, y por cuanto

Juan José Alvarez Carrascal

con Cédula de Identidad Nº o Pasaporte Nº CC88227948

nacido en Cúcuta-Norte de Santander-Colombia el 09 de Marzo de 1977

ha cumplido y aprobado satisfactoriamente los estudios y demás requerimientos establecidos en el programa académico respectivo, le confiere el grado de

Especialista

en

Cirugia Pediátrica

Dado en la ciudad de Mérida a los Siete días del mes de Diciembre de Dos Mil Doce

Años 202° de la Independencia y 153° de la Federación.

El Decano

El Rector

El Secretario

Inscrito Folio: 4760

TOMO: VII

Como Notario Séptimo de Cúcuta hago constar que esta fotocopia coincide con el original que he tenido a la vista.

16 FEB 2013

Manuel José Carrizosa Hernández

NOTARIO SEPTIMO DE CUCUTA

NOTARIA SEPTIMA DE CUCUTA

MANUEL JOSE CARRIZOSA HERNANDEZ

NOTARIO

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

VENEZUELA

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

ESTADO MERIDA

Nombre del solicitante: Juan Manuel Alvarez C

Número de cédula o pasaporte: CC 88227948 | 07/Dic/12

Registro de título

M-12 00-137031

M-12 00-137103

M-12 00-137113

M-12 00-137123

República Bolivariana de Venezuela

Registro Principal del Edo. Mérida

Mérida, 25 de 01 de 2013

Años: 202° y 153°. Quedó registrado bajo el

Nº 282 Folio 564 565 Tomo IV, Trimestre 1°

Protocolo Principal y Duplicado. Derechos de registro

Bs. 4077 Planilla Nº 120122 Ley Fe

El Registrador Principal.

PUTO: 366-52773

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*
ALVAREZ	CARRASCAL	JUAN MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **88.227.948**

SEXO F ( ) M (X)

NACIONALIDAD COL. (X) EXTRANJERO ( )

PAÍS COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 770309-10969 D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 09 MES 03 AÑO 1977

DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO CUCUTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 4N No 0AE-71 LA PIÑUELA

PAÍS COLOMBIA DEPTO NORTE DE SDER

MUNICIPIO CUCUTA

TELÉFONO 3213823988 EMAIL juanchoalvarez77@hotmail.com

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:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X11	MES 12 AÑO 1995

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	13	X		MEDICO CIRUJANO	06	2005	0183/06
ES	8	X		CIRUJANO PEDIATRA	12	2012	

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)

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*
HOSPITAL REGIONAL SOGAMOSO E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOYACA	SOGAMOSO	cientifica@hospitalsogamoso.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
770765	DÍA 01 MES 09 AÑO 2013	DÍA - - MES - - AÑO - - - -

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO PEDIATRA	CIRUGIA PEDIATRICA	HOSPITAL SOGAMOSO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIV. ERASMO MEOZ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 27 MES 04 AÑO 2016	DÍA - - MES - - AÑO - - - -

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO PEDIATRA	CIRUGIA PEDIATRICA	Av. 11E No. 5AN-71 Barrio

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOYACA	TUNJA	siau@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7405030	DÍA 01 MES 01 AÑO 2014	DÍA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO PEDIATRA	CIRUGIA PEDIATRICA	HOSP SAN RAFAEL TUNJA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNIVERSIDAD DE BOYACA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOYACA	TUNJA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7722277	DÍA 21 MES 01 AÑO 2014	DÍA - - MES - - AÑO - - - -

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROFESOR DE CIRUGIA PED	PEDIATRIA	UNIV DE BOYACA

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*
CIRUJANO PEDIATRA	6 AÑOS	11 MESES
PROFESOR DE CIRUGIA PEDIATRICA	6 AÑOS	--------

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