



## FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Salazar	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Peña	NOMBRES David Felipe
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1015481088	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 11 MES 05 AÑO 1999 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO FUSAGASUGA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 34 21 C 15 Casa C14 Rincon de Capri PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO FUSAGASUGA TELÉFONO EMAIL davidfesar@gmail.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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2014

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	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2021	

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
INGLÉS	X				X				X

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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?:
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISMAEL SILVA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describe un logro sobresaliente de su gestión:

## PUBLICACIONES

Nombre de la Publicación:	Artículo:	Nombre del Artículo:
Detección de riesgos asociados a la terapia antimicrobiana de un paciente hospitalizado	REVISTA INDEXADA	Detección de riesgos asociados a la terapia antimicrobiana de un paciente hospitalizado
Libro Resultado de Investigación:	Nombre del Libro:	Demás tipos de producción bibliográfica:
	Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research	DOCUMENTO TRABAJO
Nombre de la Publicación:	Artículo:	Nombre del Artículo:
Dress syndrome associated with phenytoin	REVISTA INDEXADA	Dress syndrome associated with phenytoin
Libro Resultado de Investigación:	Nombre del Libro:	Demás tipos de producción bibliográfica:
	Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research	DOCUMENTO TRABAJO
Nombre de la Publicación:	Artículo:	Nombre del Artículo:
Síndrome DRESS asociado a fenitoína: informe de caso.	REVISTA INDEXADA	Síndrome DRESS asociado a fenitoína: informe de caso.
Libro Resultado de Investigación:	Nombre del Libro:	Demás tipos de producción bibliográfica:
	Revista Hospital Italiano de Buenos Aires	DOCUMENTO TRABAJO
Nombre de la Publicación:	Artículo:	Nombre del Artículo:
Microbiota intestinal en pediatría	REVISTA NO INDEXADA	Microbiota intestinal en pediatría
Libro Resultado de Investigación:	Nombre del Libro:	Demás tipos de producción bibliográfica:
	Repertorio de Medicina y Cirugía (FUCS)	DOCUMENTO TRABAJO

## PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS

Tipo:	Nombre de la Entidad / Organización:	Fecha del Premio y/o Reconocimiento:		
		Día:	Mes	Año
Reconocimiento	FUCS - Monitor cátedra farmacología	01	02	2018
País de Residencia:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Tipo:	Nombre de la Entidad / Organización:	Fecha del Premio y/o Reconocimiento:		
		Día:	Mes	Año
Reconocimiento	Hospital Ismael Silva - Mejor funcionario del trimestre	01	10	2021
Pais de Residencia:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		
Tipo:	Nombre de la Entidad / Organización:	Fecha del Premio y/o Reconocimiento:		
		Día:	Mes	Año
Reconocimiento	FUCS - Monitor líder cátedra farmacología	01	02	2019
Pais de Residencia:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA		

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ISMAEL SILVA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SILVANIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	27	Mes	06	Año	2021	Día	26	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA URGENCIAS Y MEDICINA GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 9 - 92A 9 88					

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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	1	0

7

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 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

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*