

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 17-mar-2023

Fecha Validación: 21-mar-2023

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARRUGO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LLAMAS	NOMBRES LUIS FERNANDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79862743	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 79862743 D.M. 14		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES NOV AÑO 1975 PAÍS Colombia DEPTO Bolívar CIUDAD Cartagena De Indias		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 79 119 95 INT 1 APTO 804 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6014651361 EMAIL luifer1323@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 bachiller	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES NOVIEMBRE AÑO 1997

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).

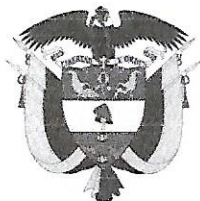
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA	3 2008	
Universitaria	10	X	PSICOLOGIA	4 2003	125803

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Abordaje Integral para personas con consumo de	CDEIS Secretaría Distrital de Salud	2021	50
Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia	Hospital Militar Central	2021	40
Abordaje Integral en Salud Mental para Personal en	CDEIS Secretaría Distrital de Salud	2020	60



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 17-mar-2023

Fecha Validación: 21-mar-2023

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Desarrollo de Capacidades en la estrategia de	Organización Panamericana de la Salud OPS	2019	60
Curso de Formación para la Atención Integral en	Fundación para el Desarrollo Integral en Genero y	2016	40

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

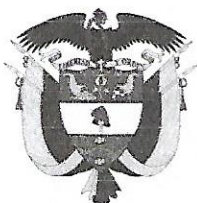
3

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	radicacionmedios electronicos@subredcentroorient.e	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013282828	DIA 1 MES 12 AÑO 2021		DIA 19 MES 1 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Avenida 1 Mayo # 8 A 58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	radicacionmedios electronicos@subredcentroorient.e	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013282828	DIA 19 MES 10 AÑO 2021		DIA 30 MES 11 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Av. 1 de Mayo #8a-58	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

sideap 2.0

Última Actualización: 17-mar-2023

Fecha Validación: 21-mar-2023

3

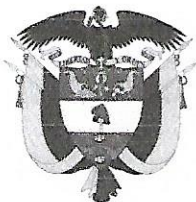
EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	radicacionmedios electronicos@subredcentrooriente.	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013282828	DÍA 27 MES 10 AÑO 2020		DÍA 31 MES 7 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Av. 1 de Mayo #8a-58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014399090	DÍA 1 MES 2 AÑO 2020		DÍA 30 MES 11 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014399090	DÍA 1 MES 2 AÑO 2019		DÍA 31 MES 1 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Calle 9 No. 39 - 46	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 17-mar-2023

Fecha Validación: 21-mar-2023

3

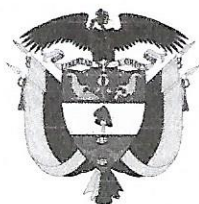
EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico Comenzando Por El Actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X	
PAÍS			
Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014399090	DÍA 1 MES 9 AÑO 2018		DÍA 31 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Calle 9 No. 39 – 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X	
PAÍS			
Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014399090	DÍA 3 MES 2 AÑO 2018		DÍA 31 MES 8 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Calle 9 No. 39 – 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		X	
PAÍS			
Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014399090	DÍA 2 MES 1 AÑO 2018		DÍA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Calle 9 No. 39 – 46	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 17-mar-2023

Fecha Validación: 21-mar-2023

3

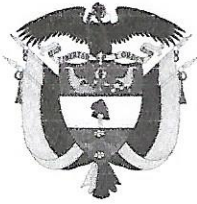
EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017300000	DÍA 7 MES 11 AÑO 2017		DÍA 31 MES 12 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Servicios de Apoyo Profesional a la gestión	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Carrera 24C # 54 -47 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017300000	DÍA 21 MES 4 AÑO 2017		DÍA 31 MES 10 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Carrera 24C # 54 -47 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificaciones.ops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017300000	DÍA 2 MES 1 AÑO 2017		DÍA 31 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Carrera 24C # 54 -47 sur	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 17-mar-2023

Fecha Validación: 21-mar-2023

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	0	0
Pública	5	9
Total	5	9

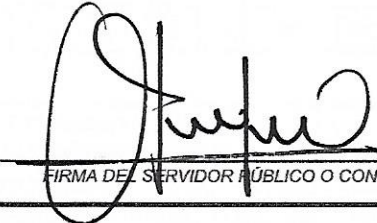
5

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. - 17-mar-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento


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.

BOGOTÁ D.C., MARZO 31 DE 2023

Ciudad y fecha

Firmado digitalmente por
CRISTHIAN FELIPE YARCE
BARRAGÁN

Fecha: 2023.03.31 17:20:13 -05'00

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



