FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-jul-2024

Fecha Validación:07-jul-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LOPEZ	RODADO	LUIS JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 72003185	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 72003185 D.M 33

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES ABR AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

CIUDAD Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 25 40 50

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3104310467

EMAIL lopezrodadoluis@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 BASICA											TITULO Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1995
										X	

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	12	X		Doctor en medicina	7	2010	72003185

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS	2023	20
SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA-ACLS"	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS	2023	48

Firma electronica validador: null

Documento electrónico: null

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS	2023	40
ATENCION A LAS VICTIMAS DE ATAQUE CON	Grupo Colombiano de Emergencias	2023	8
Sedación básica y avanzada para médicos no	Grupo Colombiano de Emergencias	2023	30
Curso virtual mhGAP Humanitario	Organizacion Panamericana de la Salud	2023	12
CURSO DE ATENCION INTEGRADA A LAS	CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATTE	2023	60
Abordaje Integral En Salud Mental	La Secretaria Distrital de Salud de Bogota	2022	60
El Derecho de las Mujeres a una Vida libre de	El Departamento Administrativo del Servicio Civil	2022	40
CURSO DE CUIDADO DEL DONANTE	HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACION	2022	30
Manejo del Paciente critico	La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	2021	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 Norte E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificacionesops@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
06014431790	DIA 20 MES 2 AÑO 2024	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional universitario MEDICO GENERAL	Direccion de urgencias	Tv. 100a #80a-50

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-jul-2024

Fecha Validación:07-jul-2024

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: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gseleccion@subresuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 3682246	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 11 AÑO 2020	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Medico General	*DEPENDENCIA*: Atención Domiciliaria	*DIRECCIÓN*: Calle 19 #34 94	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: AS TEMPORALES S.A.S	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cauca	*MUNICIPIO*: Suárez	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: astemporalessas@hotmail.com	
TELÉFONOS: 28350068	*FECHA DE INGRESO*: DIA 20 MES 1 AÑO 2020	*FECHA DE RETIRO*: DIA 14 MES 3 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*: E.S.E Norte 1	*DIRECCIÓN*: Carrera 17 # 19 AN-15 Popayán	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Salud inteligente S.A.S	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Atlántico	*MUNICIPIO*: Barranquilla	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: nomina@saludinteligente.co	
TELÉFONOS: 53853140	*FECHA DE INGRESO*: DIA 20 MES 1 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 16 MES 10 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: Medico de Urgencias	*DEPENDENCIA*: Camino Salud Metropolitano	*DIRECCIÓN*: Via 40 #73-290 La Concepción	

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-jul-2024

Fecha Validación:07-jul-2024

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*
Red Salud Casanare	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Casanare	Recetor	talentohumano@redsaludcasanare.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6324018	DIA 16 MES 6 AÑO 2017	DIA 30 MES 7 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	IPS del Municipio de Recetor	Calle 9 #24-75 Yopal, Casanare

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	1	8
Pública	3	10
Total	5	7

Firma electronica validador: null

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 07-jul-2024

Fecha Validación:07-jul-2024

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null