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: 13-sep-2024

Fecha Validación:13-sep-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BRUZUAL	LEAL	GUSTAVO ADOLFO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1034317228	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 10 MES ENE AÑO 1963	CL 48 # 16-24
PAÍS Venezuela	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3164040857
CIUDAD Bolivar, Caroní, Venezuela	EMAIL gustavobruzual1963@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 en Ciencias
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES JULIO AÑO 1980
										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		Medicina General	8	1988	1034317228

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SARLAFT LA/FT SICOF-PTEE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	40
REINDUCCION SUBRED SUR 2023	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	10

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD MENTAL	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2023	60
LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y	DIRECCION NACIONAL DE PLANEACION.	2023	35
Manejo del Duelo por COVID-19	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2023	15
Bogota Salud Digital "Equipo de Salud"	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá	2023	6
INDUCCION INSTITUCIONAL 2023	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	20
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2023	40
ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO BASICO DEL	SABER SALUD CENTRO DE FORMACION EN	2023	20
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	SABER SALUD CENTRO DE FORMACION EN	2023	40
INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA	FUNCION PUBLICA	2023	20
SOPORTE VITAL BASICO BLS Y MANEJO DEL	SABER SALUD CENTRO DE FORMACION EN	2023	48
Abordaje Integral de la persona con consumo de	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2022	50
Foro Salud Mental: lanzamiento Curso Primeros	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2022	4
Foro Salud Mental: lanzamiento Curso Primeros	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2022	2
Iniciativa Covid-19, Salud Mental y Resiliencia	Americares Colombia	2022	40
Entrenamiento como Proveedor en MhGap 2.0	La Secretaria Distrital de Salud, La Subred Integrada	2022	60
CAPACIDADES PARA LA IMPLEMENTACION DE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2022	60
ENTRENAMIENTO COMO PROVEERDOR EN	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2022	60
Sensibilizacion sobre Criterios Multidimensionales	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro	2022	4
Abordaje Integral de la persona con consumo de	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2022	50
Programa de Capacitación en la Aplicación del	La Organización Panamericana de la Salud	2022	6
PRIMEROS AUXILIOS EN SALUD MENTAL	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2022	40
iSupport: Capacitación sobre aptitudes y	Organización Panamericana de la Salud	2022	7
ACTUALIZACION EN SALUD MENTAL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2022	24
PREVENCION DE LA AUTOLESION Y EL	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	2022	16
CURSO VIRTUAL mhGAP HUMANITARIO	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	2022	12
CURSO DE INDUCCION GENERAL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2022	16
RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2022	8
SOPORTE VITAL AVANZADO	SABERSALUD CENTRO DE FORMACION EN	2021	48
Atencion A Victimas de Violencia Sexual	Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	2020	40
Abordaje Integral en Salud Mental para Personal en	Secretaria Distrital de Salud de Bogota.	2020	60
Seguridad del Paciente	Secretaria Distrital de Salud de Bogota.	2020	52
Seguridad del Paciente	Secretaria Distrital de Salud de Bogota	2020	52
Ruta Institucional para el Manejo del Coronavirus	Secretaria Distrital de Salud de Bogota.	2020	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2019	48
SOPORTE VITAL BASICO	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y	2019	20

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENICAS Y	2019	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 Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	https://www.subredsur.gov.co/

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 1 MES 3 AÑO 2022	DIA 3 MES 2 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
6704-2023	Direccion de Ambulatorios	Sede Administrativa Carrera 24C # 54 - 47

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
RAPIMEDIC.SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	rpmedicpac@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2772508	DIA 4 MES 12 AÑO 2020	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico General	SALUD	CALLE 87 #20-42

Firma electronica validador: null

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.	www.subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 8 MES 11 AÑO 2019	DIA 8 MES 11 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico General Servicio Social Obligatorio	Caps San Benito	calle 51 sur Barrio San Benito

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	3	9
Pública	2	11
Total	4	9

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: 13-sep-2024

Fecha Validación:13-sep-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