FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GARCIA	JIMENEZ	ROGELIO ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 8744710	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 8744710 D.M 10

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES NOV AÑO 1964

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

CIUDAD Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 44C No. 22-86 APT 202

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2484902

EMAIL roggarj@hotmail.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 TECNICO COMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1983
										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
Especialización médico	6	X		ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	3	2003	2168 Minsalud
Universitaria	12	X		MEDICINA	7	1991	2168/95

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*
GESTIÓN OPERATIVA DE DONACION DE	SABER SALUD CENTRO DE FORMACION EN	2021	60
GESTION DEL DUELO	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS	2021	40
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE	SABER SALUD CENTRO DE FORMACION EN	2021	40
CAPACITACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE	HOSPITAL LA VICTORIA	2015	12
SÉPTIMO CONGRESO PANAMERICANO DE	ASOCIACION COLOMBIANA DE NEONATOLOGIA	2012	20
SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGIA	2011	14
TOPICOS ACTUALES EN LA ATENCION	UNIVERSIDAD EL BOSQUE	2011	256
XV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE	UNIVERSIDAD EL BOSQUE	2010	16
REANIMACIÓN NEONATAL "SECUENCIAS EN	SALAMANDRA CENTRO INTERNACIONAL DE	2010	16
REANIMACIÓN AVANZADA PEDIÁTRICA	SALAMANDRA CENTRO INTERNACIONAL DE	2010	8
REANIMACIÓN NEONATAL "SECUENCIAS EN	SALAMANDRA CENTRO INTERNACIONAL DE	2010	16
PRIMER CONGRESO NACIONAL DE	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGIA	2009	25
QUINTO CONGRESO PANAMERICANO DE	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGIA	2008	24
EL RETO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	2007	8
REANIMACION NEONATAL	FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	2007	8
SEGUNDO CONGRESO PANAMERICANO DE	SOCIEDAD COLOMBIANA DE NEONATOLOGIA	2002	12
SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGIA	2001	14
ACTUALIZACIÓN EN ATENCIÓN A LAS	SECRETARIA DE SALUD DEL MAGDALENA	1992	44

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

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

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*
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cpo.co.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2621705	DIA 24 MES 7 AÑO 2015	DIA 8 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO PEDIATRA UCI NEONATAL	UCI NEONATAL	CARRERA 20 No 23 23 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLiNICA DEL OCCIDENTE		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestionrh@serviciosyconsultoria.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3099538	DIA 1 MES 5 AÑO 2013	DIA 25 MES 5 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO PEDIATRA UCI NEONATAL	UCI NEONATAL	AV. DE LAS AMERICAS No. 71C 29

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.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5713444484	DIA 1 MES 4 AÑO 2013	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO PEDIATRA	INSTITUTO MATERNO INFANTIL	CARRERA 10 No. 1 -66 SUR

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

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*
CLiNICA CANDELARIA I.P.S S.A.S		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.clinicacandelaria.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7152498	DIA 1 MES 2 AÑO 2005	DIA 30 MES 9 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO PEDIATRA	UCI NEONATAL	CARRERA 29 No. 63A 11 SUR

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	11	3
Pública	13	0
Total	21	2

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

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