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
CORTES	ALEMAN	LUIS EDUARDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 73572744	F ○ M ⊗	COL ⊗ EXTRANJERO ○

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NUMERO 73572744 D.M 14

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3117020271

EMAIL luistommy@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 ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1992
										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	4	2009	5357
Universitaria	12	X		MEDICINA	7	2000	5357

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 a victimas de quemaduras con	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2024	100
Diplomado en soporte avanzado RCP pediátrico	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2024	120
ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2024	80
SOPORTE VITHAL BASICO Y AVANZADO SVAP-	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS	2021	48
REANIMACION NEONATAL	ASOSIACION COLOMBIANA DE NEONATOLOGIa	2021	68

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
inglés		X				X			X
francés	X			X			X		

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 E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.subredsur.gov.co
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 1 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION - CIRUGIA		*DIRECCIÓN* CRA 20 # 44 56

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: DOTAEMPRES		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: NO ESPECIFICA	
TELÉFONOS: 33612888	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 7 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 5 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: COORDINADO CUIDADOS INTENSIVOS	DEPENDENCIA: UCI PEDIATRIA		DIRECCIÓN: AVENIDA CIRVUNVALAR No. 17 - 50	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: NO ESPECIFICA	
TELÉFONOS: 3512888	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 12 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO: DIA 1 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: COORDINADOR DE PEDIATRIA Y UCIP	DEPENDENCIA: DIVISIÓN MEDICA		DIRECCIÓN: CRA 21 No. 22 - 68 SUR	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: TALENTUM		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: NO ESPECIFICA	
TELÉFONOS: 7425770	FECHA DE INGRESO: DIA 6 MES 10 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO: DIA 1 MES 4 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: COORDINADOR	DEPENDENCIA: PEDIATRIA		DIRECCIÓN: CRA 67 # 4 G 78	

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

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	11
Pública	3	0
Total	6	11

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 BOGOTA D.C. NOV. 18/2025

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