

	<p>FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA Persona Natural (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)</p>	<p>ENTIDAD RECEPTORA</p>
---	--	--------------------------

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTILLA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CASTILLO	NOMBRES GABRIEL ENRIQUE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 79579232	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NÚMERO 79579232	PAÍS Colombia	
		D.M 55

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 1o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller especializado en ciencias naturales		
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES. 12	AÑO 1988

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
 TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
 ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
 RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		ADMINISTRACION PUBLICA	04	1995	1471
ES	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD PUBLICA	09	2000	
ES	3	X		ESPECIALIZACION EN ECONOMIA	05	2002	
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN GESTION APLICADA A LOS SERVICIOS DE SALUD	11	2007	

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		

experiencia laboral

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE						
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Salud de Bogotá		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 04 AÑO 2016			FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 02 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Especializado	DEPENDENCIA Oficina De Control Interno		DIRECCIÓN Cra 32 12-81			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Tunjuelito II Nivel ESE		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 04 AÑO 2016			FECHA DE RETIRO DÍA 07 MES 04 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO Gerente Empresa Social Del Estado	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN CRA 52 # 12-81			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Suba II Nivel ESE		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 6621111	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 05 AÑO 2012			FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO Gerente Empresa Social Del Estado	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN AV CRA 104 # 152-C 50			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Salud		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 08 AÑO 2010			FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 05 AÑO 2012		
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD Clínica Médicos S.A.		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Cesar	MUNICIPIO VALLEDUPAR		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 5748320	FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 01 AÑO 2010			FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 07 AÑO 2010		
CARGO O CONTRATO Gerente	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN CALLE 16 B # 11-33			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD Hospital La Victoria III Nivel		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 10 AÑO 2009			FECHA DE RETIRO DÍA 03 MES 01 AÑO 2010		
CARGO O CONTRATO Jefe Oficina Asesora	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Dg 39 sur 3-20 este			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		

Hospital de Usaquén I Nivel ESE		X	Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C		MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 6191220		FECHA DE INGRESO DÍA 06 MES 03 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 10 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO Gerente Empresa Social Del Estado		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Cra 6 # 119 B 14
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Salud		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C		MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 09 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DÍA 02 MES 03 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO Director Administrativo		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Salud		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C		MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 11 AÑO 1995		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 08 AÑO 2005
CARGO O CONTRATO Profesional		DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EXPERIENCIA DOCENTE				
INSTITUCIÓN PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA - BOGOTÁ		HORAS SEMANALES 0		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C		MUNICIPIO BOGOTÁ		MODALIDAD Informal
NIVEL EDUCATIVO Especialización		FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 11 AÑO 2002		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración		MATERIA IMPARTIDA Contratación Pública		

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD, 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA.

5 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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 019000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co