



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
Occidente E.S.E



Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LEMOS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LUENGAS		NOMBRES ELKIN VLADIMIR	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 79642562			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"/> NUMERO 79642562 D.M 55					
[Redacted]			[Redacted]		

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 BÁSICA											TÍTULO Bachiller Académico			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO						
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1990

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Maestría	4	X		Health Economics and Pharmacoeconomics	11	2011	
Doctorado	8	X		DOCTORADO EN SALUD PUBLICA	12	2010	
Especialización médico	8	X		ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGIA	3	2003	
Universitaria	12	X		MEDICINA	7	1997	25699/98

Firma electronica validador: null

298011

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

Página 1 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
Occidente E.S.E



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Master en Actualización en VIH	Universidad Rey Juan Carlos	2010	1250
CLINICAL RESEARCH ASSOACIATE PROGRAM	KRIGER CENTRE	2008	240
DIPLOMADO GESTION PUBLICA DISTRITAL	UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE	2007	154

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	

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 Universidad Nacional De Colombia	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD uniadm_fmboq@unal.edu.co	
TELÉFONOS 5713165568	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 8 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 9 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Medico Infectologo	DEPENDENCIA Medicina	DIRECCIÓN Av Carrera 30 # 45-03	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Pfizer S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD elkinvladimir.lemos@pfizer.com	
TELÉFONOS 6002300	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 3 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 11 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Gerente Médico	DEPENDENCIA Dirección Medica	DIRECCIÓN Tv. 55 #95-66	

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
Occidente E.S.E



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 Canadá
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD elkin799@yahoo.com	
TELÉFONOS 4480709	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="26"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2001"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO MEDICO INFECTOLOGO	DEPENDENCIA SUBDIRECCION DE PRESTACION DE	DIRECCIÓN 1 De Mayo #40B-54, Bogotá	

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	7	9
Pública	18	11
Total	22	2

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur
Occidente E.S.E



5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO 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.
Bogotá-10/02/2025.

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