Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

ADRES

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PARRA	**SALAS**	**LUIS EDGAR**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79.504.921 de Bogotá D.C.

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO [redacted] D.M [redacted]

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA [redacted] MES [redacted] AÑO [redacted]

PAÍS [redacted]

DEPTO [redacted]

MUNICIPIO [redacted]

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: [redacted]

PAÍS [redacted] DEPTO [redacted]

MUNICIPIO [redacted]

TELÉFONO [redacted] EMAIL [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 OBTENIDO:* **Bachiller Académico**
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	(11)	MES 11 AÑO 1986

EDUCACION 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 SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
DOC	16	X		Doctor (PhD) en Salud Pública – Universidad Nacional de Colombia	11	2012	
MG	4	X		Magíster en Administración de Salud – Pontificia Universidad Javeriana	06	2011	
MG	4	X		Magíster en Análisis de Problemas Políticos, Económicos e Internacionales Contemporáneos – U. Externado de Colombia	08	2004	
UN	10	X		Administrador Público – Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)	12	1995	**1321191-T**

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
Inglés	X				X		X		
Francés	X				X		X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.unal.edu.co
TELÉFONOS (601) 316 5000	*FECHA DE INGRESO* DÍA 19 MES 06 AÑO 2026		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL Contratista – OPS No. 320 de 2026 (Consultor)	*DEPENDENCIA* Vicerrectoría General – Proyecto HSJDMI		*DIRECCIÓN* Carrera 45 No. 26-85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD – MÉDERI	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.mederi.com.co
TELÉFONOS (601) 552 9200	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 09 AÑO 2010		*FECHA DE RETIRO* DÍA 03 MES 05 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO Auditor Interno (antes Jefe de Auditoría Interna, Jefe de Gestión del Riesgo, Jefe de Control Interno y Gestor de Control Interno)	*DEPENDENCIA* Auditoría Interna		*DIRECCIÓN* Calle 24 No. 29-45

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.cancer.gov.co
TELÉFONOS (601) 481 7000	*FECHA DE INGRESO* DÍA 03 MES 07 AÑO 2007		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 08 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO Jefe de Oficina, código 0137, grado 16	*DEPENDENCIA* Oficina de Control Interno		*DIRECCIÓN* Calle 1 No. 9-85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE HIDROLOGÍA, METEOROLOGÍA Y ESTUDIOS AMBIENTALES – IDEAM	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.ideam.gov.co
TELÉFONOS (601) 352 7160	*FECHA DE INGRESO* DÍA 15 MES 09 AÑO 2004		*FECHA DE RETIRO* DÍA 29 MES 06 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado, código 2028, grado 17	*DEPENDENCIA* Grupo de Recursos Financieros – Secretaría General		*DIRECCIÓN* Calle 25D No. 96B-70

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD E.P.S. CONVIDA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.convida.com.co
TELÉFONOS 01 8000 112803	*FECHA DE INGRESO* DÍA 18 MES 03 AÑO 2002		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 03 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO Contratista – Asesor de Gerencia (Contratos 021/2002, 009/2003 y 094/2003)	*DEPENDENCIA* Gerencia		*DIRECCIÓN* Carrera 58 No. 9-97

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E. (hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.)	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS (601) 344 4484	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 02 AÑO 2001		*FECHA DE RETIRO* DÍA 15 MES 11 AÑO 2001
CARGO O CONTRATO Jefe de Oficina Asesora, código 115, grado 04 (funciones de control interno)	*DEPENDENCIA* Oficina Asesora de Control Interno – Gerencia		*DIRECCIÓN* Diagonal 34 No. 5-43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.saludcapital.gov.co
TELÉFONOS (601) 364 9090	*FECHA DE INGRESO* DÍA 09 MES 10 AÑO 2000		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 01 AÑO 2001
CARGO O CONTRATO Profesional Universitario, código 340, grado 11	*DEPENDENCIA* Dirección Administrativa – Recursos Físicos		*DIRECCIÓN* Carrera 32 No. 12-81

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SPASIS & CO. LTDA. (auditoría para CAFESALUD EPS)	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 05 MES 04 AÑO 1999		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 05 AÑO 2000
CARGO O CONTRATO Asistente de Auditoría	*DEPENDENCIA* Auditoría		*DIRECCIÓN* Av. Carrera 7 No. 115-60, Of. 204A

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO FISCAL Y EL DESARROLLO COMUNITARIO – AFFIDCO	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS (601) 341 6438	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 09 AÑO 1998		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 03 AÑO 1999
CARGO O CONTRATO Consultor	*DEPENDENCIA* Consultoría		*DIRECCIÓN* Calle 14 No. 8-79, Of. 404

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.minsalud.gov.co
TELÉFONOS (601) 330 5000	*FECHA DE INGRESO* DÍA 26 MES 12 AÑO 1997		*FECHA DE RETIRO* DÍA 25 MES 09 AÑO 1998
CARGO O CONTRATO Contratista – Consultor (OPS No. 1138 de 1997)	*DEPENDENCIA* Dirección General de Descentralización y Desarrollo Territorial		*DIRECCIÓN* Carrera 13 No. 32-76

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ORGANIZACIÓN DE ESTADOS IBEROAMERICANOS – OEI (con cargo al Convenio 1073 de 1996 del Ministerio de Salud – PSMS)	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.oei.int
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 11 MES 07 AÑO 1997		*FECHA DE RETIRO* DÍA 10 MES 10 AÑO 1997
CARGO O CONTRATO Contratista – Consultor (Contrato No. 0834-97)	*DEPENDENCIA* Programa Sistemas Municipales de Salud – Grupo de Gestión Municipal		*DIRECCIÓN* Carrera 5 No. 68-04

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL META – DASALUD	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Meta	*MUNICIPIO* Villavicencio		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* www.saludmeta.gov.co
TELÉFONOS (608) 661 0555	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 01 AÑO 1996		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 06 AÑO 1997
CARGO O CONTRATO Contratista – Consultor	*DEPENDENCIA* Oficina de Planeación		*DIRECCIÓN* Calle 37 No. 41-80, Barzal

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA – ESAP, Territorial Meta	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Meta	Villavicencio	www.esap.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 01 MES 11 AÑO 1996	DÍA 20 MES 12 AÑO 1996

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Contratista – Asesor (OPS No. AC-015 de 1996, convenio ESAP–DASALUD)	Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales	Villavicencio, Meta

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	**7**	**0**
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	**17**	**4**
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**4**	**11**
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**29**	**3**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento [redacted]



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

LUIS EDGAR PARRA SALAS – C.C. 79.504.921

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