



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VILLAMIL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPEZ	NOMBRES JUAN CAMILO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1030538691		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input checked="" type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NUMERO 1030538691 D.M 51			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/>	
PAÍS <input type="text"/>		CIUDAD <input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/>	
DEPTO <input type="text"/>		EMAIL <input type="text"/>	
CIUDAD <input type="text"/>			

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	Bachillerato		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO	2004

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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO				
Especialización universitaria	10	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO CONTRACTUAL	6	2016	
Especialización universitaria	10	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO	6	2015	
Universitaria	12	X		DERECHO	3	2013	228692

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 09:50:11



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

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					PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS					
Secretaría Distrital De Salud					X		Colombia					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
3649060	DIA	3	MES	6	AÑO	2025	DIA	1	MES	10	AÑO	2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN						
Servicios profesionales especializados	Oficina de Asuntos Jurídicos					Carrera 32 No. 12 - 31						

EMPLEO O CONTRATO												
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS					
Secretaría Distrital De Salud					X		Colombia					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					notificacionjudicial@saludcapital.gov.co						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
6013649090	DIA	26	MES	2	AÑO	2024	DIA	31	MES	7	AÑO	2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN						
Servicios profesionales especializados	Dirección de Análisis de Entidades Públicas					Cra 32 #12-81						

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 09:50:11

1652386

Documento electrónico: 25f4f1862dfa3efa3716be9ea63fe4ccfd1a8fb5c72b246825dc555843fa2f32

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

Página 2 de 8



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
Secretaría Distrital De Salud		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			notificacionjudicial@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3649090	DIA <input type="text" value="19"/>	MES <input type="text" value="5"/>	AÑO <input type="text" value="2023"/>	DIA <input type="text" value="25"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Servicios profesionales especializados	DAEPDSS			Cra 32 #12-81		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
Gobernación de Cundinamarca		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@cundinamarca.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
7490000	DIA <input type="text" value="16"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2023"/>	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Servicios profesionales especializados	Secretaría Jurídica			alle 26 No 51-53		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
Secretaría Distrital De Salud		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			notificacionjudicial@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3649090	DIA <input type="text" value="26"/>	MES <input type="text" value="8"/>	AÑO <input type="text" value="2022"/>	DIA <input type="text" value="16"/>	MES <input type="text" value="5"/>	AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Servicios profesionales especializados	DAEPDSS			Cra 32 #12-81 Bogotá, Colombia		



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Superintendencia Nacional de Salud		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	requerimientosns@supersalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6017442000	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="2021"/>	DIA <input type="text" value="7"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Jefe de Oficina	Oficina de Liquidaciones		Carrera 68A N.º 24B - 10, Torre 3, piso 4	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Unidad de Información y Análisis Financiero		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	infouiaf@uiaf.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
2885222	DIA <input type="text" value="8"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2019"/>	DIA <input type="text" value="6"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Profesional especializado	Oficina Asesora Jurídica		Carrera 7 No. 31-10, Piso 6	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ministerio de Hacienda y Crédito Público		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencioncliente@minhacienda.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3811700	DIA <input type="text" value="5"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2019"/>	DIA <input type="text" value="4"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Servicios profesionales	Dirección General de Apoyo Fiscal		Carrera 8 No. 6 C - 38	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 09:50:11

1652386

Documento electrónico: 25f4f1862dfa3efa3716be9ea63fe4ccfd1a8fb5c72b246825dc555843fa2f32
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 8



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ministerio de Hacienda y Crédito Público		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencioncliente@minhacienda.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3811700	DIA <input type="text" value="18"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2018"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Servicios profesionales	Dirección General de Apoyo Fiscal		Carrera 8 No. 6C - 38	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ministerio de Hacienda y Crédito Público		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencioncliente@minhacienda.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3811700	DIA <input type="text" value="10"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2017"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Servicios profesionales	Dirección General de Apoyo Fiscal		Carrera 8 No. 6 C - 38	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ministerio de Hacienda y Crédito Público		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencioncliente@minhacienda.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3811700	DIA <input type="text" value="18"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2016"/>	DIA <input type="text" value="28"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Servicios profesionales	Dirección General de Apoyo Fiscal		Carrera 8 No. 6 C - 38	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 09:50:11

1652386

Documento electrónico: 25f4f1862dfa3efa3716be9ea63fe4ccfd1a8fb5c72b246825dc555843fa2f32
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 8



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

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
Ministerio de Hacienda y Crédito Público		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencioncliente@minhacienda.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3811700	DIA <input type="text" value="9"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2015"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Servicios profesionales	Dirección General de Apoyo Fiscal		Carrera 8 No. 6C - 38	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ministerio de Hacienda y Crédito Público		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencioncliente@minhacienda.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3811700	DIA <input type="text" value="17"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="2014"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Servicios profesionales	Dirección General de Apoyo Fiscal		Carrera 8 No. 6C - 38	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ministerio de Hacienda y Crédito Público		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencioncliente@minhacienda.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3811700	DIA <input type="text" value="26"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>	DIA <input type="text" value="30"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Servicios profesionales	Dirección General de Apoyo Fiscal		Carrera 8 No. 6C - 38	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 09:50:11

1652386

Documento electrónico: 25f4f1862dfa3efa3716be9ea63fe4ccfd1a8fb5c72b246825dc555843fa2f32
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 8



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

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	
Ministerio de Hacienda y Crédito Público		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			atencioncliente@minhacienda.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
3811700	DIA	8	MES	10	AÑO
					2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Servicios profesionales	Dirección General de Apoyo Fiscal		Carrera 8 No. 6c - 38		

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	0	0
Pública	9	9
Total	9	9



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 27-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSAS 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. - 27-oct-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

JUAN CAMILO VILLAMIL LOPEZ 27/10/2025 13:55:28

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