



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 17-abr-2024

Fecha Validación: 18-abr-2024

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO WALTEROS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ACERO	NOMBRES DIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52931298	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____		

## 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			
PRIMARIA											SECUNDARIA	MEDIA	Bachiller Académico	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO			
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1998

### 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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Doctorado	5	X	DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA	12 2023	
Maestría	4	X	MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGÍA	7 2016	
Universitaria	12	X	MEDICINA	11 2004	682515/2006



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 17-abr-2024

Fecha Validación: 18-abr-2024

## 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 Instituto Nacional de Salud		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@ins.gov.co		
TELÉFONOS 2207700	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO Subdirectora de Prevención Vigilancia y	DEPENDENCIA Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo	DIRECCIÓN Calle 26 No 51-20		

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD Instituto Nacional de Salud		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@ins.gov.co		
TELÉFONOS 2207700	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="29"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Dirección Vigilancia Zoonosis-Gestión del	DIRECCIÓN Calle 26 No 51-20		



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 17-abr-2024

Fecha Validación: 18-abr-2024

3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Instituto Nacional de Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@ins.gov.co	
<b>TELÉFONOS</b> 2207700	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 11 MES 2 AÑO 2013		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 10 MES 8 AÑO 2013
<b>CARGO O CONTRATO</b> Contrato 085-2013 Referente rabia y	<b>DEPENDENCIA</b> Dirección de Vigilancia	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 26 No 51-20	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Instituto Nacional de Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@ins.gov.co	
<b>TELÉFONOS</b> 2207700	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 27 MES 9 AÑO 2012		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 31 MES 12 AÑO 2012
<b>CARGO O CONTRATO</b> Contrato 504-2012 Referente rabia y	<b>DEPENDENCIA</b> Dirección de Vigilancia	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 26 No 51-20	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Instituto Nacional de Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@ins.gov.co	
<b>TELÉFONOS</b> 2207700	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 19 MES 10 AÑO 2011		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 31 MES 12 AÑO 2011
<b>CARGO O CONTRATO</b> Contrato 466-2011 Referente rabia y	<b>DEPENDENCIA</b> Dirección Vigilancia	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 26 No 51-20	



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 17-abr-2024

Fecha Validación: 18-abr-2024

3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Instituto Nacional de Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@ins.gov.co	
<b>TELÉFONOS</b> 2207700	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 16 MES 6 AÑO 2011		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 5 MES 10 AÑO 2011
<b>CARGO O CONTRATO</b> Contrato 243-2011 Referente rabia y	<b>DEPENDENCIA</b> Dirección Vigilancia	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 26 No 51-20	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Instituto Nacional de Salud	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@ins.gov.co	
<b>TELÉFONOS</b> 2207700	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 2 MES 2 AÑO 2010		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 31 MES 12 AÑO 2010
<b>CARGO O CONTRATO</b> Contrato 151-2010 Referente zoonosis	<b>DEPENDENCIA</b> Dirección de Vigilancia	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 26 No 51-20	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Secretaría de Salud de Soacha	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Cundinamarca	<b>MUNICIPIO</b> Soacha	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@alcaldiasoacha.gov.co	
<b>TELÉFONOS</b> 6017305500	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 20 MES 11 AÑO 2009		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 19 MES 7 AÑO 2010
<b>CARGO O CONTRATO</b> Médico Epidemiólogo	<b>DEPENDENCIA</b> Salud Pública	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 13 No 7-30	



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 17-abr-2024

Fecha Validación: 18-abr-2024

3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Secretaría de Salud de Soacha	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Cundinamarca	<b>MUNICIPIO</b> Soacha		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> contactenos@alcaldiasoacha.gov.co
<b>TELÉFONOS</b> 6017305000	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 16 MES 3 AÑO 2009		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 15 MES 10 AÑO 2009
<b>CARGO O CONTRATO</b> Médico Epidemiólogo	<b>DEPENDENCIA</b> Salud Pública	<b>DIRECCIÓN</b> Calle 13 No 7-30	

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Fenix Salud-Hospital Fontibon	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> feni
<b>TELÉFONOS</b> 4156109	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA 20 MES 9 AÑO 2008		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA 5 MES 2 AÑO 2009
<b>CARGO O CONTRATO</b> Medico Coordinadora de Salud a su Casa	<b>DEPENDENCIA</b> Hospital de Fontibon E.S.E	<b>DIRECCIÓN</b> Cra 100 No 18-59	

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	4
Pública	13	7
Total	13	11



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 17-abr-2024

Fecha Validación: 18-abr-2024

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. - 17-abr-2024  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

\_\_\_\_\_  
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