



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 11-feb-2026

Fecha Validación: 12-feb-2026

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|---|--|---|
| PRIMER APELLIDO VARGAS | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) OROZCO | NOMBRES JOSE DARIO |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 12270847 | 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 12270847 D.M. 2 | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/> | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/> EMAIL <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 Bachiller Academico | | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|---------------------------------|-----------|-----|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | DICIEMBRE | AÑO | 1981 |

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 |
|-------------------------------|-------------------------|----------------|---|-----------------|------|----------------------------|
| Especialización universitaria | 2 | X | ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL | 12 | 2011 | 499 |
| Especialización universitaria | 3 | X | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD | 12 | 1998 | |
| Universitaria | 12 | X | Medico y Cirujano | 6 | 1993 | 8166-94 |

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 12/02/2026 14:07:16

1737565

Documento electrónico: 8a27f60c37fddef5da4a1d3c3e24295125ccadcf572a3a4b3d1be8a01f4a7ea8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 11-feb-2026

Fecha Validación: 12-feb-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|-----------------|-------|
| Diplomado en Seguros Generales | FASECOLDA | 2012 | 82 |
| Diplomado en Auditoria Medica y demas Servicios | Centro Latino Americano de Estudios de Alta | 1996 | 120 |

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 |
| español (o castellano) | | | 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 Positiva Compañía de Seguros | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@positiva.gov.co | |
| TELÉFONOS 3307000 | FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 4 AÑO 2023 | | FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 3 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO Medico Laboral | DEPENDENCIA Gerencia Medica | DIRECCIÓN Autopista Norte Cra. 45 # 94 - 72* Bogotá D. | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|--|
| EMPRESA O ENTIDAD 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 apoyodircontratacion@subredcentrooriente.gov.co | |
| TELÉFONOS 4924460 | FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 4 AÑO 2023 | | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 3 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO Auditor Medico | DEPENDENCIA Dirección Hospitalarios | DIRECCIÓN Dg.34#5-34 | |

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 12/02/2026 14:07:16

1737565

Documento electrónico: 8a27f60c37fddef5da4a1d3c3e24295125ccadcf572a3a4b3d1be8a01f4a7ea8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 11-feb-2026

Fecha Validación: 12-feb-2026

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 Personería de Bogotá D.C. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD jsalek@personeriabogota.gov.co | |
| TELÉFONOS 3820450 | FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 2 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 10 AÑO 2023 | |
| CARGO O CONTRATO Medico Laboral | DEPENDENCIA Sub Dirección de Talento Humano | DIRECCIÓN Carrera 7 # 21-24 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Positiva | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@positiva.gov.co | |
| TELÉFONOS 3337000 | FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 9 AÑO 2014 | FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 9 AÑO 2019 | |
| CARGO O CONTRATO Profesional especializado | DEPENDENCIA Servicio al Cliente | DIRECCIÓN Autopista norte 94-72 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|-----------------------------------|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD CODESS | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@codess.org.co | |
| TELÉFONOS 7946455 | FECHA DE INGRESO DIA 9 MES 5 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO DIA 3 MES 10 AÑO 2013 | |
| CARGO O CONTRATO Asesor Medico | DEPENDENCIA Gerencia | DIRECCIÓN Edificio FÉNIA TELESENTINEL, Cra. 7 | |

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 12/02/2026 14:07:16

1737565

Documento electrónico: 8a27f60c37fddcf5da4a1d3c3e24295125ccadcf572a3a4b3d1be8a01f4a7ea8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 11-feb-2026

Fecha Validación: 12-feb-2026

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 E.S.E. San Sebastian | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Huila | MUNICIPIO La Plata | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esesansebaslph@gmail.com | |
| TELÉFONOS 8470198 | FECHA DE INGRESO DIA 5 MES 1 AÑO 1999 | FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 12 AÑO 2000 | |
| CARGO O CONTRATO Jefe de Garantia de Calidad | DEPENDENCIA Gerencia | DIRECCIÓN Carrera 4 # 9-103 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---------------------------------|--|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD UDCA | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD eduvirtual@udca.edu.co | |
| TELÉFONOS 6684700 | FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 7 AÑO 1997 | FECHA DE RETIRO DIA 6 MES 6 AÑO 1998 | |
| CARGO O CONTRATO Coordinador | DEPENDENCIA Facultad de Medicina Humana | DIRECCIÓN Calle 222 # 55 - 37 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|--|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Antonio de Anolaima | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cundinamarca | MUNICIPIO Anolaima | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hanolaima@cundinamarca.gov.co. | |
| TELÉFONOS 3212425813 | FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 5 AÑO 1995 | FECHA DE RETIRO DIA 10 MES 5 AÑO 1996 | |
| CARGO O CONTRATO Gerente | DEPENDENCIA Gerencia | DIRECCIÓN Calle 3 1-81 Barrio San Antonio | |

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 12/02/2026 14:07:16

1737565

Documento electrónico: 8a27f60c37fddcf5da4a1d3c3e24295125ccadcf572a3a4b3d1be8a01f4a7ea8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 11-feb-2026

Fecha Validación: 12-feb-2026

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 Hospital Departamental San Antonio de Padua | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Huila | MUNICIPIO La Plata | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD juridica@esesanantoniodepadua.gov.co | |
| TELÉFONOS 88370149 | FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 9 AÑO 1993 | FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 11 AÑO 1994 | |
| CARGO O CONTRATO Medico SSO | DEPENDENCIA Gerencia | DIRECCIÓN Carrera 2 E # 11 - 17 | |

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 | 2 | 3 |
| Pública | 10 | 2 |
| Total | 12 | 6 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 11-feb-2026

Fecha Validación: 12-feb-2026

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. - 11-feb-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
JOSE DARIO VARGAS OROZCO 11/02/2026 22:20:09
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

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 12/02/2026 14:07:16

1737565

Documento electrónico: 8a27f60c37fddef5da4a1d3c3e24295125ccadcf572a3a4b3d1be8a01f4a7ea8
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 6