



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: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CORTES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AMAYA	NOMBRES CESAR AUGUSTO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 79609854	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 type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/> NUMERO 548979 D.M 54			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS <input type="checkbox"/> DEPTO <input type="checkbox"/> CIUDAD <input type="checkbox"/> TELEFONO <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/>	
PAÍS <input type="checkbox"/> DEPTO <input type="checkbox"/> CIUDAD <input type="checkbox"/>			

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			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1988

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 SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
				MES	AÑO	
Maestría	4	X	MAGISTER EN ADMINISTRACION DE NEGOCIOS -MBA	2	2006	13688
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN GESTION PUBLICA E INSTITUCIONES ADMINISTRATIVAS	10	1998	
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN PLANIFICACION Y ADMINISTRACION DEL DESARROLLO	4	1996	
Universitaria	10	X	ADMINISTRACION PUBLICA	8	1994	1005281T

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58



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: 28-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
Acciones Correctivas y salidas no conformes	FOURtelco	2025	16
Formación en Reuniones Productivas	Corporación Unificada de Educación Superior - CUN	2024	16
Gestión de Integridad	Subred Integrada de Servicios Sur Occidente	2024	10
Herramientas para la prevención riesgos SARLAFT	Secretaría General Alcaldía Mayor y UNODC	2023	40
JUNTAS DIRECTIVAS - EFECTIVIDAD Y	Universidad San Martín	2023	8
Coaching Nivel Asesor	Fundación Tecnológica Alberto Merani	2023	15
Acreditación en Salud para Juntas Directivas	ICONTEC	2022	16
Integridad, transparencia y lucha contra la	Departamento Administrativo de la Función Pública	2020	20
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA	2020	20
Seguimiento a Proyectos de Inversión	UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA	2015	30
Gestión Presupuestal	UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA	2015	30
GESTIÓN DEL CONFLICTO Y CONVIVENCIA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	2014	120
PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS DE AQUINO	2010	30
Desarrollo Curricular y Didáctico	Universidad Santo Tomás de Aquino	2009	30
FORMACIÓN METODOLÓGICA FRANCÓFONA	EMBAJADA DE FRANCIA	2009	15
FINANZAS PARA DECISIONES GERENCIALES	UNIVERSIDAD DE LA SABANA	2002	55

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

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 2 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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
Secretaría Distrital de Hacienda	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	talentohumano@shd.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6013385000	DIA 20 MES 9 AÑO 2021	DIA 3 MES 6 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Asesor 05	Despacho del Secretario de Hacienda	Carrera 30 # 25-90 Piso 6	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	TALENTOHUMANO@ins.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
2207700	DIA 10 MES 1 AÑO 2020	DIA 16 MES 9 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 22	Oficina Asesora de Planeación	Avenida Calle 26 # 51-20	

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.	contratacion@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA 22 MES 2 AÑO 2019	DIA 30 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contrato CO 841379 Asesor Dirección	Dirección Financiera	Cra 32 # 12- 81	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 3 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
Secretaría Distrital De Salud		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contratacion@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="19"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2018"/>	DIA <input type="text" value="12"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2019"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Cesión Contrato Servicios Profesionales	DIRECCIÓN FINANCIERA			Cra 32 # 12- 81		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			info@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="22"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2017"/>	DIA <input type="text" value="14"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2017"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 172/17	DIRECCIÓN DESARROLLO DEL TALENTO			CRA 13 # 32 - 76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			info@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2016"/>	DIA <input type="text" value="16"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2016"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 56/2016	DIRECCIÓN DESARROLLO DEL TALENTO			CRA 13 # 32-76		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 4 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 28-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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			info@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="9"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2014"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 20/2014	Dirección de Desarrollo del Talento Humano			CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			rethus@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="11"/>	MES <input type="text" value="8"/>	AÑO <input type="text" value="2014"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2014"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 403/2014	Dirección de Desarrollo del Talento Humano			Cra 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			rethus@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="5"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="2014"/>	DIA <input type="text" value="31"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2014"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 761/2013	Dirección de Desarrollo del Talento Humano			Cra 13 # 32-76		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 5 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6015878797	DIA <input type="text" value="5"/>	MES <input type="text" value="8"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>	DIA <input type="text" value="3"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Docente de cátedra	FACULTAD DE NEGOCIOS	KR 9 # 51-11		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARÍA DISTRITAL DE HACIENDA			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	talentohumano@shd.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3305000	DIA <input type="text" value="21"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>	DIA <input type="text" value="4"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Profesional Especializado 222 Grado 24	Oficina Asesora de Planeación	Cra 30 # 25 - 90		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6015878797	DIA <input type="text" value="4"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>	DIA <input type="text" value="12"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Docente de cátedra	FACULTAD DE NEGOCIOS	KR 9 # 51-11		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 6 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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		
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6015878797	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="8"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Docente de cátedra	FACULTAD DE NEGOCIOS			KR 9 # 51-11		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
SECRETARÍA DISTRITAL DE HACIENDA		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contratacion@sdh.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="13"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>	DIA <input type="text" value="31"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 286/2012	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN			CRA 30 # 25 - 90		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
SECRETARÍA DISTRITAL DE HACIENDA.		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contratacion@shd.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="26"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 122/ 2012	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN			CRA 30 # 25- 90		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 7 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6015878797	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>	DIA <input type="text" value="8"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Docente de cátedra	FACULTAD DE NEGOCIOS	KR 9 # 51-11		

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.	contratacion@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA <input type="text" value="25"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2011"/>	DIA <input type="text" value="9"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 594/ 2011	Dirección Financiera – Grupo de Hospitales	CRA 32 # 12 --81		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6015878797	DIA <input type="text" value="17"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2011"/>	DIA <input type="text" value="16"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Docente medio tiempo	FACULTAD DE NEGOCIOS	KR 9 # 51-11		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 8 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contratacion@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA <input type="text" value="10"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2010"/>	DIA <input type="text" value="24"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Contrato Servicios Profesionales 209/2010	Dirección Financiera – Grupo de Hospitales		CRA 32 # 12 81	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
6015878797	DIA <input type="text" value="18"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2010"/>	DIA <input type="text" value="17"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Docente medio tiempo	FACULTAD DE NEGOCIOS		KR 9 # 51-11	

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.	contratacion@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA <input type="text" value="19"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="2009"/>	DIA <input type="text" value="26"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Cesión Contrato Servicios Profesionales	Dirección Financiera – Grupo de Hospitales		CRA 32 # 12 81	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 9 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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		
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6015878797	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2009"/>	DIA <input type="text" value="14"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="2009"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Docente medio tiempo	FACULTAD DE NEGOCIOS			KR 9 # 51-11		

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.			contratacion@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3649090	DIA <input type="text" value="3"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2008"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2009"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 050/2008	Dirección Financiera – Grupo de Hospitales			CRA 32 # 12 -81		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6015878797	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2008"/>	DIA <input type="text" value="12"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2008"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Docente medio tiempo	FACULTAD DE NEGOCIOS			KR 9 # 51-11		



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: 28-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		
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contactenos@usantotomas.edu.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6015878797	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="8"/>	AÑO <input type="text" value="2007"/>	DIA <input type="text" value="13"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2007"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Docente medio tiempo	FACULTAD DE NEGOCIOS			KR 9 # 51-11		

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.			contratacion@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3649090	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2007"/>	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2008"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Contrato Servicios Profesionales 068/2007	Dirección Financiera – Grupo de Hospitales			CRA 32 # 12 81 BOGOTÁ		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
CORPORACIÓN AMBIENTAL DE COLOMBIA - Corpovisión		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Tolima	Ibagué			CORPOVISION.ambiental@gmail.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
603102749852	DIA <input type="text" value="20"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2004"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2007"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
JEFE DE PROYECTOS	ÁREA DE PROYECTOS			KR 71 # 21 B19 Piso 3		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 11 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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 SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2004"/>		
CARGO O CONTRATO VA 23544 ADM PÚBLICO ESP EN	DEPENDENCIA FINANCIERA- DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>		
CARGO O CONTRATO VA 22288 ADM PÚBLICO ESP EN	DEPENDENCIA FINANCIERA- DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>		
CARGO O CONTRATO VA 5489 ADM PÚBLICO ESP EN GESTIÓN	DEPENDENCIA V FINANCIERA- DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN CRA 13 # 32-76		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 12 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2002"/>	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="2003"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
16333 ADMDOR PÚBLICO ESP EN	VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO			CRA 13 # 32 76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="17"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>	DIA <input type="text" value="28"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2002"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
15599 ADMDOR PÚBLICO ESP EN	VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO			CRA 13 # 32 -76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
14595 ADMDOR PÚBLICO ESP EN	VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO			CRA 13 #32 76		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 13 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="4"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>	DIA <input type="text" value="31"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
13867 ADMDOR PÚBLICO ESP EN	VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO			CRA 13 # 32 76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="9"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
12867 ADMDOR PÚBLICO ESP EN	VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO			CRA 13 # 32 -76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="4"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2000"/>	DIA <input type="text" value="31"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
12502 PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	VICEPRESIDENCIA FINANCIERA			CRA 13 # 32 -76		



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.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 28-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 SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2000"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2000"/>		
CARGO O CONTRATO 12137 PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	DEPENDENCIA VICEPRESIDENCIA FINANCIERA-	DIRECCIÓN CRA 13 # 32 -76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2000"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2000"/>		
CARGO O CONTRATO 10560 PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	DEPENDENCIA VICEPRESIDENCIA FINANCIERA-	DIRECCIÓN CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1999"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2000"/>		
CARGO O CONTRATO 9960 PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	DEPENDENCIA VICEPRESIDENCIA FINANCIERA	DIRECCIÓN CRA 13 # 32-76		



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: 28-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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="1999"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="9"/>	AÑO <input type="text" value="1999"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
9096 PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	VICEPRESIDENCIA FINANCIERA			CRA 13 # 32 -76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="1999"/>	DIA <input type="text" value="14"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="1999"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
8547 PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	VICEPRESIDENCIA FINANCIERA-			CRA 13 # 32 -76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="13"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="1998"/>	DIA <input type="text" value="12"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="1999"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
7913 PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	VICEPRESIDENCIA FINANCIERA-			CRA 13 # 32 -76		



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: 28-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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="6"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="1998"/>	DIA <input type="text" value="5"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="1998"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
7381 PROFESIONAL ESPECIALIZADO	VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO			CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="6"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="1998"/>	DIA <input type="text" value="5"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="1998"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
6452 PROFESIONAL ESPECIALIZADO	VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO			CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="6"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="1997"/>	DIA <input type="text" value="5"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="1998"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
6123 PROFESIONAL ESPECIALIZADO	VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO			CRA 13 # 32-76		



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: 28-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 SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 4 AÑO 1997	FECHA DE RETIRO DIA 3 MES 10 AÑO 1997		
CARGO O CONTRATO 5418 PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 10 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 3 AÑO 1997		
CARGO O CONTRATO 4492 PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD SEGURO SOCIAL		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS 3305000	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 6 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO DIA 10 MES 10 AÑO 1996		
CARGO O CONTRATO 3823 PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA VICE. FINANCIERA- DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN CRA 13 # 32-76		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 18 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="11"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="1996"/>	DIA <input type="text" value="10"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="1996"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
3331 PROFESIONAL UNIVERSITARIO	VICE. FINANCIERA			CRA 13 # 32-76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="11"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="1995"/>	DIA <input type="text" value="10"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="1996"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
1948 PROFESIONAL UNIVERSITARIO	VICE. FINANCIERA			CRA 13 # 32- 76		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SEGURO SOCIAL		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3305000	DIA <input type="text" value="5"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="1995"/>	DIA <input type="text" value="4"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="1995"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
1193 PROFESIONAL UNIVERSITARIO	VICEPRESIDENCIA FINANCIERA			CRA 13 # 32-76		

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 19 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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
SEGURO SOCIAL		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	entidadesliquidadas@minsalud.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3305000	DIA 30	MES 12	AÑO 1994	DIA 29
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
0910 PROFESIONAL UNIVERSITARIO	VICEPRESIDENCIA FINANCIERA		CRA 13 # 32-76	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNDP - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	procurement@undp.org.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
4889000	DIA 16	MES 8	AÑO 1994	DIA 31
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Asesor Proyecto Reestructuración ISS	Proyecto Reestructuración COL 003		Transversal 15 #119-89	

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	10	0
Pública	24	7
Total	29	2

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 16:19:58

1653413

Documento electrónico: 1a33b0e98087435901fea31c2774a3ecf84863215b07eac5b276e8d0c63f59b8 Página 20 de 21
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 28-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. - 28-oct-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

CESAR AUGUSTO CORTES AMAYA 28/10/2025 16:13:16

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