



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OSORIO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GÓMEZ	NOMBRES CARMENZA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 30392518	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.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA MES AÑO PAÍS DEPTO CIUDAD		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO CIUDAD TELEFONO EMAIL

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 agropecuario
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 1993

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
Maestría	4	X	MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA	8 2016	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	7 2010	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SALUD	4 2008	
Universitaria	10	X	BACTERIOLOGÍA	8 2000	10161

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
coach profesional, personal y ejecutivo	Universidad Nacional	2019	130

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

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 Ministerio de Salud y Protección Social	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correo@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 6013305000	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 3 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA Subdirección de enfermedades no		DIRECCIÓN Carrera 13 No. 32-76

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 correspondencia@ins.gov.co	
TELÉFONOS 6012207700	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 12 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 10 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo		DIRECCIÓN calle 26 No. 51-20 - Zona 6 CAN

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-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 Organización Panamericana de la Salud	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cerpamau@paho.org	
TELÉFONOS 6013144141	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 8 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA Emergencias en salud pública	DIRECCIÓN Calle 66 No 11-50 piso 6	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Ministerio de Salud y Protección Social	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correo@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 6013305043	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 12 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA Dirección de Epidemiología y Demografía	DIRECCIÓN Carrera 13 No. 32-76 piso 1	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Ministerio de Salud y Protección Social	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correo@minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 6013305043	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 12 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 11 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA Dirección de epidemiología y demografía	DIRECCIÓN Carrera 13 No. 32-76 piso 1	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-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 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 6012207700	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 12 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo	DIRECCIÓN calle 26 No. 51-20 - Zona 6 CAN	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 9 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 4 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-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 Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 1 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 3 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 16 MES 1 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 1 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-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 Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 16 MES 1 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 7 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 1 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-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 Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 13 MES 5 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 1 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 4 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 7 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 7 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-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 Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 1 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 1 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 24 MES 7 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 8 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-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 Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 20 MES 1 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DIA 19 MES 7 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 18 MES 1 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co	
TELÉFONOS 6068746105	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 7 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO contrato de prestación de servicios	DEPENDENCIA subdirección de salud pública	DIRECCIÓN Carrera 21 # 29 – 29	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 10:42:37

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 9 de 10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

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	3
Pública	12	11
Total	13	3

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. - 28-oct-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
CARMENZA OSORIO GÓMEZ 28/10/2025 23:42:18
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 29/10/2025 10:42:37