



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap_{2.0}

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="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 30392518	SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NUMERO _____ D.M _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA _____ MES _____ AÑO _____		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS _____ DEPTO _____ CIUDAD _____ TELÉFONO _____ EMAIL _____	
PAÍS _____ DEPTO _____ CIUDAD _____			

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										TITULO	Bachiller agropecuario		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	<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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	SI	NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
					MES	AÑO	
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 Página 1 de 10
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

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

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.					correspondencia@ins.gov.co						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
6012207700	DIA	18	MES	12	AÑO	2023	DIA	8	MES			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA					10 AÑO 2024						
Contrato de prestación de servicios	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 Página 2 de 10
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

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 ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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

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

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28 Página 3 de 10
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

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 ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

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.		contactenos@ins.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6012207700	DIA 28 MES 12 AÑO 2020		DIA 30 MES 11 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
contrato de prestación de servicios	Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo		calle 26 No. 51-20 - Zona 6 CAN

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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

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

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28 Página 4 de 10
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

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 ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
Dirección Territorial de Salud de Caldas		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Caldas	Manizales			observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6068746105	DIA <input type="text" value="17"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2020"/>	DIA <input type="text" value="31"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
contrato de prestación de servicios	subdirección de salud pública			Carrera 21 # 29 – 29		

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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



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 ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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

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

1653751

Documento electrónico: 1646c98d784ca871c696ac0d6937a4db5485ee12ec5416e292496ee92590f28 Página 6 de 10
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

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 ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Dirección Territorial de Salud de Caldas		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Caldas	Manizales			observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6068746105	DIA <input type="text" value="13"/>	MES <input type="text" value="5"/>	AÑO <input type="text" value="2015"/>	DIA <input type="text" value="31"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
contrato de prestación de servicios	subdirección de salud pública			Carrera 21 # 29 – 29		

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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



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 ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
Dirección Territorial de Salud de Caldas		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Caldas	Manizales			observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
6068746105	DIA <input type="text" value="22"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2014"/>	DIA <input type="text" value="30"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
contrato de prestación de servicios	subdirección de salud pública			Carrera 21 # 29 – 29

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
Dirección Territorial de Salud de Caldas		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Caldas	Manizales			observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
6068746105	DIA <input type="text" value="22"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2013"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
contrato de prestación de servicios	subdirección de salud pública			Carrera 21 # 29 – 29

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
Dirección Territorial de Salud de Caldas		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Caldas	Manizales			observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
6068746105	DIA <input type="text" value="24"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
contrato de prestación de servicios	subdirección de salud pública			Carrera 21 # 29 – 29



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 ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
Dirección Territorial de Salud de Caldas		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Caldas	Manizales			observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
6068746105	DIA <input type="text" value="20"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>	DIA <input type="text" value="19"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
contrato de prestación de servicios	subdirección de salud pública			Carrera 21 # 29 – 29

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
Dirección Territorial de Salud de Caldas		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Caldas	Manizales			observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
6068746105	DIA <input type="text" value="18"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2011"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
contrato de prestación de servicios	subdirección de salud pública			Carrera 21 # 29 – 29

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
Dirección Territorial de Salud de Caldas		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Caldas	Manizales			observatoriosocial@saluddecaldas.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
6068746105	DIA <input type="text" value="8"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2010"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
contrato de prestación de servicios	subdirección de salud pública			Carrera 21 # 29 – 29



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap^{2.0}

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 X 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