



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 16-jul-2024

Fecha Validación: 17-jul-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DÁVILA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUERRERO	NOMBRES CARMEN EUGENIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 30739398	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M _____		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o a 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO			
											Bachiller Comercial			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	MAYO	AÑO	1986

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	MAESTRIA EN GOBIERNO Y POLITICAS PUBLICAS	7 2010	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN GESTION PUBLICA E INSTITUCIONES ADMINISTRATIVAS	7 1999	
Universitaria	10	X	FINANZAS Y RELACIONES INTERNACIONALES	12 1991	En trámite

Firma electronica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 17/07/2024 08:51:29

1349514

Documento electrónico: ca1479644f66a865d7b284e37dc77b4751ef0b5b84abaa2336b1c14ad013a702 Página 1 de 5
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: 16-jul-2024

Fecha Validación: 17-jul-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Gerencia Financiera Avanzada	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	1995	208

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés	X				X			X	

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Gestarsalud	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD direccion@gestarsalud.com	
TELÉFONOS 3182655228	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 10 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 4 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Directora Ejecutiva	DEPENDENCIA Dirección	DIRECCIÓN virtual	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Findeter	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.findeter.gov.co	
TELÉFONOS 6230311	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 4 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 10 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Gerente de Asuntos Estrategicos	DEPENDENCIA Presidente de Findeter	DIRECCIÓN Avenida 19 con 103	

Firma electronica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 17/07/2024 08:51:29

1349514

Documento electrónico: ca1479644f66a865d7b284e37dc77b4751ef0b5b84abaa2336b1c14ad013a702 Página 2 de 5
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: 16-jul-2024

Fecha Validación: 17-jul-2024

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 Defensoría del Pueblo	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.defensoriadelpueblo.gov.co	
TELÉFONOS 13147300	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 4 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 2 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Defensora Delegada para el Derecho a la	DEPENDENCIA Delegada para el Derecho a la Salud	DIRECCIÓN Carrera 13 No. 55-60	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Superintendencia Nacional de Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.supersalud.gov.co	
TELÉFONOS 4817000	FECHA DE INGRESO DIA 18 MES 9 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 3 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Superintendente Delegada	DEPENDENCIA Superintendencia Delegada para la	DIRECCIÓN Avenida Ciudad de Cali No 51-66	
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 www.minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 13305000	FECHA DE INGRESO DIA 13 MES 4 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DIA 26 MES 8 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Viceministra	DEPENDENCIA Despacho Viceministro de Protección Social	DIRECCIÓN Cra 13 No. 32-76	

Firma electrónica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 17/07/2024 08:51:29

1349514

Documento electrónico: ca1479644f66a865d7b284e37dc77b4751ef0b5b84abaa2336b1c14ad013a702 Página 3 de 5
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: 16-jul-2024

Fecha Validación: 17-jul-2024

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 www.minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 13305000	FECHA DE INGRESO DIA 24 MES 2 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DIA 12 MES 4 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Directora de Financiamiento Sectorial	DEPENDENCIA Despacho Viceministro de Protección Social	DIRECCIÓN Cra 13 No. 32-76	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Ministerio de Protección Social	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 13305000	FECHA DE INGRESO DIA 9 MES 11 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA 23 MES 2 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO Asesora	DEPENDENCIA Despacho Viceministro Técnico	DIRECCIÓN Cra 13 No. 32-76	
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 www.minsalud.gov.co	
TELÉFONOS 13305000	FECHA DE INGRESO DIA 25 MES 7 AÑO 2002	FECHA DE RETIRO DIA 8 MES 11 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado- Coordinadora de	DEPENDENCIA Dirección General de Financiamiento	DIRECCIÓN Cra 13 No. 32-76	

Firma electrónica validador: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 17/07/2024 08:51:29

1349514

Documento electrónico: ca1479644f66a865d7b284e37dc77b4751ef0b5b84abaa2336b1c14ad013a702 Página 4 de 5
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: 16-jul-2024

Fecha Validación: 17-jul-2024

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	1	5
Pública	19	11
Total	21	5

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. - 16-jul-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO 16/07/2024 21:53:54
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: SANTOS DANILO JUNCA ACOSTA 17/07/2024 08:51:29

1349514

Documento electrónico: ca1479644f66a865d7b284e37dc77b4751ef0b5b84abaa2336b1c14ad013a702 Página 5 de 5
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente