



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUZMAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GOMEZ	NOMBRES JOSE VICENTE	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 19402349		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 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 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 1975	

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	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN EVALUACION DE RIESGO Y PREVENCION DE DESASTRES	6	1998	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA HOSPITALARIA	7	1996	
Universitaria	12	X	MEDICINA	10	1990	14667

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 15:19:09

1654237

Documento electrónico: acb920154b76cb42c6c4a9ccb94155447df932b5d599eeba242ac8fb997d5dee Página 1 de 7
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: 29-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
Diplomado Sistema Único Acreditación	Universidad Distrital Francisco José de Caldas	2016	192
Diplomado de Contratación Estatal	Universidad del Rosario	2010	80

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					PÚBLICA	PRIVADA		PAÍS			
Secretaría Distrital De Salud					X			Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					contactenos@saluscapital.gov.co					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
6013649090	DIA	10	MES	8	AÑO	2024	DIA		MES		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN					
Subdirector técnico código 068 grado 06	Subdirección CRUE					Carrera 32#12-81					

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.					www.secretariásaludbogota.gov.co					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
3649090	DIA	9	MES	3	AÑO	2021	DIA	7	MES		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN					
Profesional Especializado	Planeación y Gestión Sectorial-DAEPDSS					Calle 32#12-81					

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 15:19:09

1654237

Documento electrónico: acb920154b76cb42c6c4a9ccb94155447df932b5d599eeba242ac8fb997d5dee Página 2 de 7
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: 29-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
Secretaría Distrital De Salud		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			Contactenos@saludcapital.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
3649090	DIA <input type="text" value="10"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="2020"/>	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
Subdirección de Garantía del Aseguramiento	Dirección de Aseguramiento y Garantía del			Carrera 32#12-81

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.			www.secretariasaludbogota.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
3649090	DIA <input type="text" value="21"/>	MES <input type="text" value="8"/>	AÑO <input type="text" value="2020"/>	DIA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
Profesional Especializado	Salud (Planeación y Gestión Sectorial)			Calle 32#12-81

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.			www.secretariasaludbogota.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
3649090	DIA <input type="text" value="12"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2020"/>	DIA <input type="text" value="11"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
Profesional Especializado	Salud			Calle 32#12-81



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 29-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3649090	DIA 2 MES 5 AÑO 2019	DIA 1 MES 1 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	DAEPDSS	Calle 32#12-81	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Personería de Bogotá	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	grupopas@personeriacentral.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3820450	DIA 23 MES 1 AÑO 2018	DIA 20 MES 9 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contratista	Sector Social	Carrera 7 No 21-24	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Personería de Bogotá	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	grupopas@personeriacentral.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3820450	DIA 11 MES 5 AÑO 2017	DIA 30 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contratista	Sector Social	Carrera 7 #21-24	



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 29-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		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
CONTRALORIA DISTRITAL BOGOTA		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.contraloriamunicipal.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
3358888	DIA <input type="text" value="3"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>	DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
GERENTE 039 1	SALUD	Carrera 32A No. 26A 10		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.ICBF.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
4377630	DIA <input type="text" value="24"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>	DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Asesor Subdirección Gestión Técnica	PRIMERA INFANCIA	Avenida Carrera 68 No. 64C 75		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL DE USME E.S.E 1 NIVEL		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Subgerenciaausme@gmail.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
7660666	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="6"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
SUBGERENTE EN SALUD	SUBGERENCIA	TRASV 2 AN 135 78 SUR		



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 29-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
CONTRALORIA DISTRITAL BOGOTÁ		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			contraloriabogota.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
3358888	DIA 19 MES 2 AÑO 2009			DIA 3 MES 6 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
SUBDIRECTOR FISCALIZACION	SALUD			CARRERA 32 A N 26A 10

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN BLAS		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			hospitalsanblas.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO
7660666	DIA 14 MES 9 AÑO 2006			DIA 2 MES 2 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN
SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCION			CARRERA 3 ESTE N 16 72

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	0
Pública	13	0
Total	13	0

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 15:19:09

1654237

Documento electrónico: acb920154b76cb42c6c4a9ccb94155447df932b5d599eeba242ac8fb997d5dee Página 6 de 7
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-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. - 29-oct-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 29/10/2025 14:49:15

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