



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-jun-2024

Fecha Validación: 05-jun-2024

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GARCIA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PINILLOS	NOMBRES GLORIA EUGENIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1107043836	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 Técnico Especialidad Recreación y			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JULIO	AÑO	2003

### 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
Especialización universitaria	4	X	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	1 2016	
Especialización universitaria	4	X	ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	12 2010	
Universitaria	10	X	ENFERMERIA	12 2007	1107043836

Firma electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 05/06/2024 10:27:18

1323630

Documento electrónico: 2dcac98e0da8cc047abdcbb3efa6e0644d8431eba7e2543f6b9fe5746146f2f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 8



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-jun-2024

Fecha Validación: 05-jun-2024

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso Intermedio Comando de Incidentes	SDS-USAID	2024	40
Sinterma Comando de Incidentes Basico	SDS-USAID/BHA	2023	24
Diplomado en Auditoria de Cuentas Medicas	Politécnico de Colombia	2020	120

## 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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="8"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Direccion de Urgencias y Emergencias	DIRECCIÓN Cra 32 #12 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fiduprevisora	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@hq5.com.co	
TELÉFONOS 4322878	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL 5 -PROFESIONAL DE	DEPENDENCIA Gerencia de Salud	DIRECCIÓN Calle 72 # 10 - 03	

Firma electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 05/06/2024 10:27:18

1323630

Documento electrónico: 2dcac98e0da8cc047abdcbb3efa6e0644d8431eba7e2543f6b9fe5746146f2f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 8



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-jun-2024

Fecha Validación: 05-jun-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 6 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 3 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado	DEPENDENCIA Direccion de Urgencias y Emergencias	DIRECCIÓN Cra 32 #12 81	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fiduprevisora	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD usuarios.colombia@jobandtalent.com	
TELÉFONOS 5088150	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 3 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 19 MES 5 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL 5 PROFESIONAL DE	DEPENDENCIA Gerencia de Salud	DIRECCIÓN Calle 72 # 10 -03	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fiduprevisora	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@hq5.com.co	
TELÉFONOS 3013403243	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 7 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 28 MES 2 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL 5 - PROFESIONAL APOYO	DEPENDENCIA Gerencia de Salud	DIRECCIÓN CI 72 # 10 - 03	

Firma electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 05/06/2024 10:27:18

1323630

Documento electrónico: 2dcac98e0da8cc047abdcbb3efa6e0644d8431eba7e2543f6b9fe5746146f2f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 8



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-jun-2024

Fecha Validación: 05-jun-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 Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	MUNICIPIO Cali	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@cali.gov.co	
TELÉFONOS 5542513	FECHA DE INGRESO DIA 7 MES 2 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Calle 4B # 36 - 00	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaria Salud Publica Municipal de Cali	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	MUNICIPIO Cali	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@cali.gov.co	
TELÉFONOS 5542513	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 7 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Profesional	DEPENDENCIA Salud publica y epidemiologia	DIRECCIÓN Calle 4B # 36 - 00	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	MUNICIPIO Cali	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@cali.gov.co	
TELÉFONOS 5542513	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 2 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Calle 4B # 36 - 00	

Firma electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 05/06/2024 10:27:18

1323630

Documento electrónico: 2dcac98e0da8cc047abdcbb3efa6e0644d8431eba7e2543f6b9fe5746146f2f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 8



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-jun-2024

Fecha Validación: 05-jun-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 Clinica Eusalud	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD clinica.eusalud@eusalud.com	
TELÉFONOS 5878087	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 10 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DIA 18 MES 9 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO JEFE DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA CLÍNICA MATERNO INFANTIL	DIRECCIÓN Diag 54 # 16 A 16	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Opción Temporal y Cia S.A.S.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@opciontemporal.com.co	
TELÉFONOS 2580400	FECHA DE INGRESO DIA 25 MES 9 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DIA 6 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Auditor de Calidad	DIRECCIÓN Calle 127B # 45 - 61	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 13 MES 12 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DIA 12 MES 6 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Dirección CRUE	DIRECCIÓN Cra 32 # 12 81	

Firma electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 05/06/2024 10:27:18

1323630

Documento electrónico: 2dcac98e0da8cc047abdcbb3efa6e0644d8431eba7e2543f6b9fe5746146f2f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 8



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-jun-2024

Fecha Validación: 05-jun-2024

3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Soluciones de Trabajo S.A.S.	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> respuestaoportuna@solucionesdetrabajo.co
<b>TELÉFONOS</b> 7020292	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA <input type="text" value="4"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA <input type="text" value="11"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>
<b>CARGO O CONTRATO</b> Enfermera Jefe	<b>DEPENDENCIA</b> Hospital La Victoria - Convenio CRUE		<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 20C # 72A-14

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> licitacionesbta@serviasesorias.com.co
<b>TELÉFONOS</b> 3230622	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA <input type="text" value="25"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>
<b>CARGO O CONTRATO</b> APOYO PROFESIONAL ENFERMERA	<b>DEPENDENCIA</b> HOSPITAL DE SUBA E.S.E		<b>DIRECCIÓN</b> CRA 6 # 46 - 23

EMPLEO O CONTRATO			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Soluciones de Trabajo S.A.S.	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> Bogotá D.C.		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> respuestaoportuna@solucionesdetrabajo.co
<b>TELÉFONOS</b> 7020292	<b>FECHA DE INGRESO</b> DIA <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>		<b>FECHA DE RETIRO</b> DIA <input type="text" value="3"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>
<b>CARGO O CONTRATO</b> Enfermera Licenciada	<b>DEPENDENCIA</b> Hospital La Victoria - Convenio CRUE		<b>DIRECCIÓN</b> Carrera 20C # 72A-14

Firma electrónica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 05/06/2024 10:27:18

1323630

Documento electrónico: 2dcac98e0da8cc047abdcbb3efa6e0644d8431eba7e2543f6b9fe5746146f2f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 8



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-jun-2024

Fecha Validación: 05-jun-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Policía Nacional -Dirección Sanidad- Seccional Sanidad Valle	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Valle del Cauca	Cali	mecal.clipo-direccion@policia.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6607213	DIA 7 MES 11 AÑO 2008	DIA 31 MES 5 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA SUPERIOR	Sanidad Valle, Urgencias Hospitalización y	AV 10N # 16N - 21	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Luis Ablanque de la Palta	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Valle del Cauca	Buenaventura	atenuuariohlap@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2437441	DIA 21 MES 4 AÑO 2008	DIA 21 MES 10 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Puesto de Salud Colon y Modelo-Urgencias	Cra 47 # 2 - 08	

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	5	5
Pública	4	6
Total	9	3

Firma electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 05/06/2024 10:27:18

1323630

Documento electrónico: 2dcac98e0da8cc047abdccb3efa6e0644d8431eba7e2543f6b9fe5746146f2f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 7 de 8



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 04-jun-2024

Fecha Validación: 05-jun-2024

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. - 04-jun-2024  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS 04/06/2024 20:54:39  
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: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 05/06/2024 10:27:18

1323630

Documento electrónico: 2dcac98e0da8cc047abdccb3efa6e0644d8431eba7e2543f6b9fe5746146f2f2  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 8 de 8