



FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

**Sideap<sub>2.0</sub>**

Última Actualización: 29-oct-2025

Fecha Validación: 29-oct-2025

1

**DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO GALAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SUAREZ	NOMBRES CARLOS EDUARDO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 79357033	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 checked="" type="checkbox"/> NUMERO 79357033 D.M 1			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/> EMAIL <input type="text"/>	
PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/>			

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 <input type="text"/> NOVIEMBRE	AÑO <input type="text"/> 1984		

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

**ES** (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRÍA 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	
Maestría	3	X	MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INCLUSIVA E INTERCULTURAL	12	2022	
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA	8	1996	
Universitaria	12	X	MEDICINA	6	1993	RM 7060/94

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 1 de 12  
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

**Sideap<sub>2.0</sub>**

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
PROGRAMA DE FORMACION DE AUDITORES	ICONTEC	2012	44
DIPLOMADO ESTANDARES DE ACREDITACION	ICONTEC	2010	100
INTRODUCCION GERENCIA ESTRATEGICA	INALDE	1998	118
DIPLOMADO EN AUDITORIA MEDICA	ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS -	1997	200

## 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		
francés	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.			cegalan@saludcapital.gov.co						
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
6013649090		DIA	13	MES	8	AÑO	2024	DIA			
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN					
SUBDIRECTOR GARANTÍA DEL		DIRECCIÓN DEASEGURAMIENTO Y				CARRERA 32 #12- 81					

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 2 de 12  
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 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.	cegalan@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
3649090	DIA 28 MES 6 AÑO 2021	DIA 27	MES 10	AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Dirección provisión de servicios de salud	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.	cegalan@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
3649090	DIA 20 MES 8 AÑO 2020	DIA 19	MES 3	AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
profesional especializado	Dirección Provisión Servicios de Salud	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.	cegalan@saludcapital.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
3649090	DIA 19 MES 3 AÑO 2020	DIA 14	MES 8	AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DIRECCION PROVISION DE SERVICIOS	CARRERA 32 12 81		

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 3 de 12  
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	PRIVADA	PAÍS
Secretaría Distrital De Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		cegalan@saludcapital.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 11 MES 6 AÑO 2019		DIA 10 MES 3 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
profesional especializado	Dirección Provisión de Servicios en Salud		Carrera 32 12 - 81

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
everis Colombia Ltda	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		dcontreg@everis.com
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5190919	DIA 1 MES 2 AÑO 2018		DIA 30 MES 11 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
Experto en salud proyecto gestión y	Gestión y conocimiento del afiliado Nueva		Calle 97 No 13A 57 piso 5

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		cegalan@saludcapital.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 15 MES 9 AÑO 2017		DIA 31 MES 7 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
Profesional especializado DIRECCIÓN	DIRECCIÓN PROVISIÓN DE SERVICIOS		CARRERA 32 No 12 [81]

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 4 de 12  
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	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6014431790	DIA 1 MES 10 AÑO 2016	DIA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico apoyo a la gestión asistencial	Subgerencia científica	Carrera 7 # 165 - 00	

### EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6014431790	DIA 1 MES 8 AÑO 2016	DIA 30 MES 9 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico apoyo a la gestión asistencial	Subgerencia científica	Carrera 7 # 165 - 00	

### EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6014431790	DIA 1 MES 7 AÑO 2016	DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico apoyo a la gestión asistencial	Subgerencia científica	Carrera 7 # 165 - 00	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 5 de 12  
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

**Sideap<sub>2.0</sub>**

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		
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			certificacionesops@subrednorte.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6014431790	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2016"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="2016"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Médico apoyo a la gestión asistencial	Subgerencia científica			Carrera 7 # 165 - 00		

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			certificacionesops@subrednorte.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6014431790	DIA <input type="text" value="21"/>	MES <input type="text" value="1"/>	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		
Médico apoyo a la gestión asistencial	Subgerencia científica			Carrera 7 # 165 - 00		

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			certificacionesops@subrednorte.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6014431790	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2014"/>	DIA <input type="text" value="20"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
Médico apoyo a la gestión asistencial	Subgerencia científica			Carrera 7 # 165 - 00		



# 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
SUPPORT AND SERVICES SAS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6469615	DIA 19 MES 6 AÑO 2013	DIA 30	MES 9 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
LIDER PROYECTO CUENTAS MEDICAS	GERENCIA	CALLE 19A 90 13 OFC 304	

### EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6014431790	DIA 2 MES 1 AÑO 2013	DIA 31	MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico apoyo a la gestión asistencial	Subgerencia científica	Carrera 7 # 165 - 00	

### EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6014431790	DIA 7 MES 9 AÑO 2012	DIA 31	MES 1 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Médico apoyo a la gestión asistencial	Subgerencia científica	Carrera 7 # 165 -00	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 7 de 12  
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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
HOSPITAL PABLO VI BOSA ESE		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO				
	DIA <input type="text" value="22"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>	DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
SUBGERENTE	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	CARRERA 77I BIS 69B 78 SUR				

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
HOSPITAL SAN BLAS ESE		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO				
	DIA <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>	DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2008"/>				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD	SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD	CARRERA 3RA ESTE 16 72 SUR				

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO				
	DIA <input type="text" value="3"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>	DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2006"/>				
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN				
DIRECTOR	DIRECCION DE DESARROLLO DE	CALLE 26 47 73				

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 8 de 12  
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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			direccion@inc.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3341111	DIA <input type="text" value="21"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="2003"/>	DIA <input type="text" value="3"/>	MES <input type="text" value="6"/>	AÑO <input type="text" value="2005"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
ASESOR DIRECCION	DIRECCION			AV 1A 9 85		

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
CLINICA LA CAROLINA		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
6145984	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>	DIA <input type="text" value="21"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2003"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
GERENTE GENERAL	GERENCIA			TRNSV 14 126 11		

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL ESE		X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
4511967	DIA <input type="text" value="16"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="1999"/>	DIA <input type="text" value="31"/>	MES <input type="text" value="1"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
SUBDIRECTOR CIENTIFICO	SUBDIRECCION CIENTIFICA			AV 1 DE MAYO 75A 19 SUR		

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 9 de 12  
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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
HOSPITAL SAN BLAS ESE		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
2891100	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="1997"/>	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="1999"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
SUBDIRECTOR CIENTIFICO	SUBDIRECCION CIENTIFICA			TRSV 5 19 50		

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
2823631	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="9"/>	AÑO <input type="text" value="1997"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="1997"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
COORDINADOR GRUPO DESARROLLO	SUBSECRETARIA DE SEGURIDAD			CALLE 26 51 53 TORRE SALUD		

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS		
SOFTWARE EPS LTDA		Colombia				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DIA <input type="text" value="17"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="1996"/>	DIA <input type="text" value="19"/>	MES <input type="text" value="8"/>	AÑO <input type="text" value="1997"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
GERENTE PROYECTOS	VISCEPRESIDENCIA			CALLE 54 10 81 PISO 7		



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

**Sideap<sub>2.0</sub>**

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
TRANSPORTES MULTIGRANEL			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Soacha			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
	DIA 15 MES 8 AÑO 1994	DIA 29	MES 8	AÑO 1998
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
MEDICO PLANTA	GERENCIA	CARRERA 4 9D 10 SUR SOACHA		

**EMPLEO O CONTRATO**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SISTEMA LOCAL DE SALUD DE SUBA			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
	DIA 9 MES 8 AÑO 1993	DIA 9	MES 8	AÑO 1994
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
MEDICO SERVICIO SOCIAL	CAMI SUBA	SUBA LA CAMPÍÑA		

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	8	10
Pública	21	9
Total	26	11

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 29/10/2025 17:06:02

1654214

Documento electrónico: eea04c5e223c32b1c1c263a5e777d01f5d316a2ab5f87df5eac76ce344d7aa2 Página 11 de 12  
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:

CARLOS EDUARDO GALAN SUAREZ 29/10/2025 14:29:29

*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*