



# 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: 30-oct-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MORENO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ	NOMBRES CLAUDIA LILIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52054984	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.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA MES AÑO PAÍS DEPTO CIUDAD		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO CIUDAD TELEFONO EMAIL

## 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 ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										<input checked="" type="checkbox"/>	NOVIEMBRE	1997

### 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 PROTECCION SOCIAL	2 2016	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN FINANZAS Y ADMINISTRACION PUBLICA	12 2011	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD	2 2005	
Universitaria	10	X	ODONTOLOGIA	6 1997	2979

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 30/10/2025 07:28:01

1654516

Documento electrónico: d8dd86274503edfa83d16b6ee6c4d77ab80198b3643e583cc0da4c2511404a9  
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
FUNDAMENTOS DE POLICIA JUDICIAL	FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN	2025	120
TELETRABAJO	SECRETARIA GENERAL ALCALDIA MAYOR	2020	30
DIPLOMADO POLITICA PUBLICAS	SECRETARIA GENERAL - UNAD	2019	144
SEMINARIO EVALUACION DE PROYECTOS	CAMARA DE COMERCIO	2019	32
PRESUPUESTO PUBLICO	UNIVERSIDAD EAN	2019	48
PARTICIPACION CIUDADANA	ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION	2019	16
PRIMER RESPONDIENTE	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2018	8
FORO EL FUTURO DEL CONTROL FISCAL EN	AUDITORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	2018	8
SEMINARIO CAPACITACIÓN ASPIRANTES A	CONSULTOR SALUD	2016	16
GESTIÓN EMPRESARIAL EN ECONOMÍA	CORPORACION CEPA	2013	80
FORO LEY ANTICORRUPCIÓN Y	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	2011	10
LINEAMIENTOS DECRETO 4747 DE 2007	MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL	2009	16
HABILIDADES DIRECTIVAS	SURATEP	2008	20
DIPLOMADO GESTION HUMANA Y	SERVICIO CIVIL Y UNIVERSIDAD FRANCISCO	2008	140
CURSO COMUNICACION COMO HERRAMIENTA	UNIVERSIDAD MILITAR	2008	35
CURSO CRIMINALISTICA Y CIENCIAS	UNIVERSIDAD NACIONAL	2003	40
DIPLOMADO EN GERENCIA EN SALUD ORAL	UNIVERSIDAD EL ROSARIO	1999	240

## 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

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 30/10/2025 07:28:01

1654516

Documento electrónico: d8dd86274503edfa83d16b6ee6c4d77ab80198b3643e583cc0da4c2511404a9  
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 30-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 Superintendencia Nacional de Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correointerno@supersalud.gov.co	
TELÉFONOS 6017224000	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 12 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Directora de Servicio al Ciudadano y	DEPENDENCIA Dirección de Servicio al Ciudadano	DIRECCIÓN Carrera 68A N.º 24B - 10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD desarrolloinstitucional@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 5 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA 18 MES 6 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Jefe Oficina	DEPENDENCIA Oficina Asesora Desarrollo Institucional	DIRECCIÓN Calle 66 #15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Personería de Bogotá D.C.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD institucional@personeriabogota.gov.co	
TELÉFONOS 3820450	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 11 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Profesional Especializado 222-07	DEPENDENCIA Personeria Delegada para el Sector Salud	DIRECCIÓN Cra. 7 No. 21-24	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 30/10/2025 07:28:01

1654516

Documento electrónico: d8dd86274503edfa83d16b6ee6c4d77ab80198b3643e583cc0da4c2511404a9  
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 30-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 AUDITORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD controlfiscal@auditoria.gov.co	
TELÉFONOS 3186800	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 1 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 10 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO PRESTACION SERVICIOS	DEPENDENCIA AUDITORIA DELEGADA PARA EL	DIRECCIÓN CRA 57C 64A-29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL BOSA II NIVEL ESE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@esebosa.gov.co	
TELÉFONOS 7761121	FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 6 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO GERENTE	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 65D SUR No. 79C 90	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Contraloría de Bogotá D.C.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contraloriabogota.gov.co	
TELÉFONOS 3358888	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 6 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 12 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO DIRECTORA SALUD E INTEGRACION	DEPENDENCIA DIRECCION SALUD E INTEGRACION	DIRECCIÓN CRA 32A No. 26A 10	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 30/10/2025 07:28:01

1654516

Documento electrónico: d8dd86274503edfa83d16b6ee6c4d77ab80198b3643e583cc0da4c2511404a9  
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 30-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 SERVICIOS Y ASESORIA S.A. - HOSPITAL DEL SUR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@esesur.gov.co	
TELÉFONOS 6448400	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 3 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 4 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO ASESOR DE ASEGURAMIENTO	DEPENDENCIA ASEGURAMIENTO HOSPITAL DEL SUR	DIRECCIÓN CRA 6 No. 46 23	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 20 MES 8 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 1 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO ASESOR MERCADEO Y DESARROLLO DE	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 67A SUR No. 18C 12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Bosa	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@esebosa.gov.co	
TELÉFONOS 7761121	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO Profesional especializado Mercadeo y	DEPENDENCIA OFICINA DE DESARROLLO	DIRECCIÓN CALLE 65D SUR No. 79C 90	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 30/10/2025 07:28:01

1654516

Documento electrónico: d8dd86274503edfa83d16b6ee6c4d77ab80198b3643e583cc0da4c2511404a9  
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 30-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 COOP. INTERWORK - EPSS SALUD CONDOR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD bogota@saludcondor.com	
TELÉFONOS 7225191	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 11 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO JEFE SECCIONAL DE COORDINACIÓN	DEPENDENCIA COORDINACIÓN MEDICA	DIRECCIÓN CRA 24 17-75 (PASTO)	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD COOPERADORES CTA - EPSS SALUD CONDOR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD bogota@saludcondor.com	
TELÉFONOS 2329721	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 7 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO COORDINADORA MEDICA	DEPENDENCIA COORDINACIÓN MEDICA	DIRECCIÓN CRA 19 39A-19	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SIACHOQUE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Siachoque	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD siachoqueturistica@yahoo.es	
TELÉFONOS 7319168	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 7 AÑO 2000		FECHA DE RETIRO DIA 10 MES 11 AÑO 2000
CARGO O CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIOS	DEPENDENCIA PUESTO DE SALUD	DIRECCIÓN PUESTO DE SALUD MPO. SIACHOQUE	

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 30/10/2025 07:28:01

1654516

Documento electrónico: d8dd86274503edfa83d16b6ee6c4d77ab80198b3643e583cc0da4c2511404a9  
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 30-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 ALCALDIA MUNICIPAL DE SIACHOQUE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Siachoque	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD siachoqueturistica@yahoo.es	
TELÉFONOS 7319168	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 2 AÑO 2000		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2000
CARGO O CONTRATO PRESTACION SERVICIOS	DEPENDENCIA PUESTO DE SALUD	DIRECCIÓN PUESTO DE SALUD MPO. SIACHOQUE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SIACHOQUE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Siachoque	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD siachoqueturistica@yahoo.es	
TELÉFONOS 7319168	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 8 AÑO 1997		FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 8 AÑO 1998
CARGO O CONTRATO ODONTOLOGA SSO	DEPENDENCIA PUESTO DE SALUD	DIRECCIÓN PUESTO DE SALUD MPO. SIACHOQUE	

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	7
Pública	16	11
Total	18	6

Firma electronica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 30/10/2025 07:28:01

1654516

Documento electrónico: d8dd86274503edfa83d16b6ee6c4d77ab80198b3643e583cc0da4c2511404a9  
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: 29-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

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. - 29-oct-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
CLAUDIA LILIANA MORENO RAMIREZ 29/10/2025 20:04:12  
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