



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap_{2.0}

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="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 52054984	SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input 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 BÁSICA										TÍTULO BACHILLER ACADEMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES NOVIEMBRE	AÑO 1997

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
				MES	AÑO	
Maestría	4	X	MAESTRÍA EN PROTECCIÓN SOCIAL	2	2016	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	12	2011	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD	2	2005	
Universitaria	10	X	ODONTOLOGÍA	6	1997	2979

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

1654516

Documento electrónico: d8dd86274503edfa83d16b6ee6c4d77ab80198b3643e583cc0da4c2511404a9 Página 1 de 8
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: 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 Página 2 de 8
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_{2.0}

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

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.	desarrolloinstitucional@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
4431790	DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>	DIA <input type="text" value="18"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Jefe Oficina	Oficina Asesora Desarrollo Institucional	Calle 66 #15-41	

EMPLEO O CONTRATO

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 29-oct-2025

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

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Contraloría de Bogotá D.C.	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 24 MES 6 AÑO 2011		DIA 25 MES 12 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
DIRECTORA SALUD E INTEGRACION	DIRECCION SALUD E INTEGRACION		CRA 32A No. 26A 10



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 ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

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



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap_{2.0}

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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COOP. INTERWORK - EPSS SALUD CONDOR			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	bogota@saludcondor.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
7225191	DIA <input type="text" value="1"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2006"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
JEFE SECCIONAL DE COORDINACIÓN	COORDINACIÓN MEDICA		CRA 24 17-75 (PASTO)	

EMPLEO O CONTRATO

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DE SIACHOQUE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Boyacá	Siachoque	siachoque turistica@yahoo.es		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
7319168	DIA <input type="text" value="11"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2000"/>	DIA <input type="text" value="10"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
PRESTACIÓN SERVICIOS	PUESTO DE SALUD		PUESTO DE SALUD MPO. SIACHOQUE	

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



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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DE SIACHOQUE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Boyacá	Siachoque	siachoqueturistica@yahoo.es		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
7319168	DIA <input type="text" value="7"/>	MES <input type="text" value="2"/>	AÑO <input type="text" value="2000"/>	DIA <input type="text" value="31"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
PRESTACION SERVICIOS	PUESTO DE SALUD		PUESTO DE SALUD MPO. SIACHOQUE	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DE SIACHOQUE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Boyacá	Siachoque	siachoqueturistica@yahoo.es		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
7319168	DIA <input type="text" value="11"/>	MES <input type="text" value="8"/>	AÑO <input type="text" value="1997"/>	DIA <input type="text" value="11"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
ODONTOLOGA SSO	PUESTO DE SALUD		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 Página 7 de 8
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_{2.0}

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 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:

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