



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 01-ago-2025

Fecha Validación: 01-ago-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUZMAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ	NOMBRES ERIKA ANDREA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52353061	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 20 MES ABR AÑO 1979 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 5 # 5 -95 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Mosquera TELEFONO 8238545 EMAIL andruguz2@gmail.com

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					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE		AÑO	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
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD	9 2010	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12 2002	17926

Firma electronica validador: MAYKOL STIVEN RIVEROS CRISTANCHO 01/08/2025 11:47:58

1602322

Documento electrónico: 590ec8f66ea2bb7ec1d3c29d18f194739130a22a0a23aae5e8585f362905b8a2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 01-ago-2025

Fecha Validación: 01-ago-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado Verificación	Universidad Santo Tomas	2010	150

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.	notificacionjudicial@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013649090	DIA 16 MES 12 AÑO 2024		DIA 31 MES 7 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Contratista	Subsecretaria de Inspección Vigilancia y	Cra 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.	contactenos@saludcapital.gov.co.	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3649090	DIA 30 MES 9 AÑO 2024		DIA 30 MES 11 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
contratista	Subdireccion de Inspección Vigilancia y	Cra. 32 #12 - 81	

Firma electronica validador: MAYKOL STIVEN RIVEROS CRISTANCHO 01/08/2025 11:47:58

1602322

Documento electrónico: 590ec8f66ea2bb7ec1d3c29d18f194739130a22a0a23aae5e8585f362905b8a2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 01-ago-2025

Fecha Validación: 01-ago-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contacteno@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 5 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO contratista	DEPENDENCIA Subdireccion de Inspección Vigilancia y	DIRECCIÓN Cra. 32 #12 - 81	

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 saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 20 MES 4 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 28 MES 2 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subdrección de Inspección Vigilanica y	DIRECCIÓN Cra 32 # 12 - 81	

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 29 MES 9 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 28 MES 3 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subsecretaria de Inspección Vigilancia y	DIRECCIÓN Cra 32 #12-81 Bogotá	

Firma electronica validador: MAYKOL STIVEN RIVEROS CRISTANCHO 01/08/2025 11:47:58

1602322

Documento electrónico: 590ec8f66ea2bb7ec1d3c29d18f194739130a22a0a23aae5e8585f362905b8a2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 01-ago-2025

Fecha Validación: 01-ago-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 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 DÍA 21 MES 5 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 9 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subdireccion de Inspección Vigilancia y	DIRECCIÓN Cra 32 #12-81	

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 DÍA 3 MES 7 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 3 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subsecretaría Inspección ,vigilancia y control	DIRECCIÓN Cra 32 #12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD administrativa@cuentadealtocosto.org	
TELÉFONOS 6021820	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 5 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 9 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Auditor	DEPENDENCIA Coordinación de auditoría	DIRECCIÓN Carrera 45 N° 103-34 Oficina 802	

Firma electronica validador: MAYKOL STIVEN RIVEROS CRISTANCHO 01/08/2025 11:47:58

1602322

Documento electrónico: 590ec8f66ea2bb7ec1d3c29d18f194739130a22a0a23aae5e8585f362905b8a2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 01-ago-2025

Fecha Validación: 01-ago-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 Haggen Audit Sas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD admon.haggen@yahoo.es	
TELÉFONOS 2876371	FECHA DE INGRESO DIA 13 MES 2 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 14 MES 5 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Interventor	DEPENDENCIA Coordinación de auditoria	DIRECCIÓN Calle 30 A 6 22 Of. 1801	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Haggen Audit Sas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD admon.haggen@yahoo.es	
TELÉFONOS 2876371	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 12 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 18 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Interventor	DEPENDENCIA Coordinación de auditoria	DIRECCIÓN Calle 30 A 6 22 Of. 1801	

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 21 MES 7 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DIA 20 MES 4 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Salud Publica	DIRECCIÓN Cra 32 #12-81	

Firma electronica validador: MAYKOL STIVEN RIVEROS CRISTANCHO 01/08/2025 11:47:58

1602322

Documento electrónico: 590ec8f66ea2bb7ec1d3c29d18f194739130a22a0a23aae5e8585f362905b8a2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 01-ago-2025

Fecha Validación: 01-ago-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 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 DÍA 7 MES 1 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 6 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Salud Publica	DIRECCIÓN Cra 32 #12-81	

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	6	6
Total	8	2

Firma electronica validador: MAYKOL STIVEN RIVEROS CRISTANCHO 01/08/2025 11:47:58

1602322

Documento electrónico: 590ec8f66ea2bb7ec1d3c29d18f194739130a22a0a23aae5e8585f362905b8a2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 01-ago-2025

Fecha Validación: 01-ago-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. - 01-ago-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ERIKA ANDREA GUZMAN GONZALEZ 01/08/2025 11:42:35
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.

Bogota 21-08-2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: MAYKOL STIVEN RIVEROS CRISTANCHO 01/08/2025 11:47:58

1602322

Documento electrónico: 590ec8f66ea2bb7ec1d3c29d18f194739130a22a0a23aae5e8585f362905b8a2
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 7 de 7