REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
OSORIO	**ARANGO**	**LUZ KARIME**

C.C. X **C.E.** ○ **PAS** ○ — SEXO **F** X **M** — NACIONALIDAD PAÍS: **COLOMBIANA**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA DIA 15 MES 04 AÑO 86

PAÍS **COLOMBIA**

DEPTO **NORTE DE SANTANDER**

MUNICIPIC **CÚCUTA**

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

307/179 Boundary Road, North Melbourne, 3051

PAÍS **AUSTRALIA** DEPTO **VICTORIA**

MUNICIPIO **MELBOURNE**

TELÉFONO (+61)0420658887 EMAIL lkarime15@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA

EDUCACIÓN BÁSICA											*TITULO OBTENIDO:* **BACHILLER ACADÉMICO**
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES DICIEMBRE AÑO 2002
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	*10*	*X*		*BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO*	3	2009	1090368137
ES	*3*	*X*		*ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA*	12	2013	
MG	*4*	*X*		*MAGISTER EN SALUD PÚBLICA*	4	2019	

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	
PORTUGUÉS	*X*			*X*			X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	X	◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
318 3355525	DIA 6 MES 8 AÑO 2024	DIA 31 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	SINTESIS DE EVIDENCIA	Cra. 45 #108a-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
NEUOROECONOMIX		X ◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	asistencia@neuroeconomix.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 20 MES 2 AÑO 2023	DIA 27 MES 9 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ASISTENTE DE INVESTIGACIÓN	MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA	Carrera 21a # 124-55

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	X	◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2207700	DIA 26 MES 1 AÑO 2023	DIA 10 MES 6 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	DIRECCIÓN DE VIGILANCIA	CALLE 26 # 51-20

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	X	◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
318 3355525	DIA 26 MES 10 AÑO 2022	DIA 25 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	SINTESIS DE EVIDENCIA	Cra. 45 #108a-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	X	◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2207700	DIA 19 MES 10 AÑO 2021	DIA 30 MES 11 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	DIRECCIÓN DE VIGILANCIA	CALLE 26 # 51-20

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Abt Colombia S.A. – USAID		X ◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 13 MES 1 AÑO 2022	DIA 30 MES 9 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONSULTORA	Comunidades Saludables	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	X	○	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
318 3355525	DIA 1 MES 2 AÑO 2022	DIA 31 MES 5 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	SINTESIS DE EVIDENCIA	Cra. 45 #108a-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	X	○	ESTADOS UNIDOS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
COLUMBIA	WASHINGTON DC	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 1 MES 6 AÑO 2021	DIA 31 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONSULTORA INTERNACIONAL	Medicines and Health Technologies Unit	Calle 23 # 525

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	X	○	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
601 330 5000	DIA 30 MES 9 AÑO 2021	DIA 30 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	SALUD PÚBLICA	Carrera 13 No. 32-76

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	X	○	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
318 3355525	DIA 7 MES 5 AÑO 2019	DIA 31 MES 1 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	SINTESIS DE EVIDENCIA	Cra. 45 #108a-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	X	○	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2207700	DIA 1 MES 2 AÑO 2019	DIA 6 MES 5 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	DIRECCIÓN DE VIGILANCIA	CALLE 26 # 51-20

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	X	○	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
318 3355525	DIA 1 MES 8 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	SINTESIS DE EVIDENCIA	Cra. 45 #108a-50

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	X	◯	ESTADOS UNIDOS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
COLUMBIA	WASHINGTON DC	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA 1 MES 7 AÑO 2018	DIA 30 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONSULTORA INTERNACIONAL	Medicines and Health Technologies Unit	Calle 23 # 525

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	X	◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2207700	DIA 24 MES 1 AÑO 2014	DIA 31 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DIRECCIÓN DE REDES EN SALUD PÚBLICA	CALLE 26 # 51-20

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
NSTITUTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ATENCIÓN EN SALUI		X ◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3168244466	DIA MES 2 AÑO 2014	DIA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIÓLOGA	EPIDEMIOLOGÍA	Carrera 29 # 17 - 66 OFICINA 301

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	X	◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTÁ DC	BOGOTÁ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4817000	DIA 1 MES 3 AÑO 2012	DIA 31 MES 3 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
BACTERIÓLOGA	BANCO DE TUMORES TERRY FOX	Calle 1 # 9 -85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARIA DE SALUD DE VICHADA	X	◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VICHADA	PUERTO CARREÑO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3102604726	DIA 10 MES 2 AÑO 2010	DIA 31 MES 12 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
BACTERIÓLOGA	LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA	Carrera 10 # 17 - 90

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA ROSALIA	X	◯	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VICHADA	SANTA ROSALIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3144040732	DIA 1 MES 8 AÑO 2009	DIA 9 MES 2 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
BACTERIÓLOGA SSO	LABORATORIO CLÍNICO	FRENTE AL AEROPUERTO

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	MESES	AÑOS
SERVIDOR PUBLICO	119	9,9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	1,25
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	134	11,16

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO X◯ 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 PUBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS