



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 20-nov-2025

Fecha Validación: 21-nov-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FANDIÑO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RINCON	NOMBRES CARLOS ALBERTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1016088152	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" 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 23 MES AGO AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 94 A 58 10 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6017501995 EMAIL betho9623@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 BÁSICA											TÍTULO Bachiller Académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2012

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar de	Instituto Técnico de Colombia por Competencias S.	2015	1800

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 21/11/2025 06:43:26

1671931

Documento electrónico: 4d39a71502314d22291be126aea68c9daf70b7b3076661e758475c07894f193
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 20-nov-2025

Fecha Validación: 21-nov-2025

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

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 1 MES 6 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA CRUE	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 19 MES 3 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA CRUE	DIRECCIÓN Cra 32# 12 -81	

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 21/11/2025 06:43:26

1671931

Documento electrónico: 4d39a71502314d22291be126aea68c9daf70b7b3076661e758475c07894f193
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 20-nov-2025

Fecha Validación: 21-nov-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 23 MES 3 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 2 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA CRUE	DIRECCIÓN KR 32 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017428585	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017428585	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 35 sur	

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 21/11/2025 06:43:26

1671931

Documento electrónico: 4d39a71502314d22291be126aea68c9daf70b7b3076661e758475c07894f193
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 20-nov-2025

Fecha Validación: 21-nov-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017428585	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 29 MES 2 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017428585	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 9 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017428585	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 3 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 8 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 35 sur	

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 21/11/2025 06:43:26

1671931

Documento electrónico: 4d39a71502314d22291be126aea68c9daf70b7b3076661e758475c07894f193
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 20-nov-2025

Fecha Validación: 21-nov-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 6017428585	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 2 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 21 MES 3 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Unidad Funcional de APH	DIRECCIÓN Cra 20 # 47B - 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Red Médica I.P.S.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerenciaredmedicaipssas@gmail.com	
TELÉFONOS 6016183656	FECHA DE INGRESO DIA 26 MES 8 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 1 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería y Radio operador	DEPENDENCIA Programa APH	DIRECCIÓN Calle 92 # 60 -40	

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	2	5
Pública	4	5
Total	6	10

Firma electronica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 21/11/2025 06:43:26

1671931

Documento electrónico: 4d39a71502314d22291be126aea68c9daf70b7b3076661e758475c07894f193
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 20-nov-2025

Fecha Validación: 21-nov-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. - 20-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
CARLOS ALBERTO FANDIÑO RINCON 20/11/2025 13:08:22
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 D.C. noviembre 24 de 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS