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: 02-sep-2026

Fecha Validación: 02-sep-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MORALES		DIANA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1049607405	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES AGO AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Meta

CIUDAD Villavicencio

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 76 8 02

PAÍS Colombia DEPTO Boyacá

CIUDAD Tunja TELEFONO 3134609590

EMAIL dianamorales-21@hotmail.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 CON ENFASIS
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2003
										X	

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Maestría	4	X		MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	12	2023	
Especialización universitaria	4	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD	6	2013	
Especialización universitaria	4	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN	8	2013	
Universitaria	8	X		INSTRUMENTACION QUIRURGICA	11	2008	CI4976

Firma electrónica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 02/09/2026 14:00:34

Documento electrónico: 5d9e9dc3b6d9db5bd4da74280a17717cce3ae139bad3d2ede1ed555be9d8383

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

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 E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	*MUNICIPIO* Socha		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* alcaldia@socha-boyaca.gov.co
TELÉFONOS 3227029826	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 4 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 3 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL	*DEPENDENCIA* ALTA GERENCIAL		*DIRECCIÓN* calle 4 # 9-26

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE BOYACA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	*MUNICIPIO* Tunja		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* direccion.contratacion@boyaca.gov.co
TELÉFONOS 7420222	*FECHA DE INGRESO* DIA 14 MES 3 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DIA 14 MES 8 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA		*DIRECCIÓN* calle 20 # 9-90

Firma electrónica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 02/09/2026 14:00:34

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: 02-sep-2026

Fecha Validación: 02-sep-2026

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*
GOBERNACION DE BOYACA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Boyacá	Tunja	direccion.contratacion@boyaca.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7420222	DIA 13 MES 8 AÑO 2012	DIA 13 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	GOBERNACION DE BOYACA DE BOYACA	DIRECCION TECNICA PRESTACION DE

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	0	0
Pública	4	9
Total	4	9

Firma electrónica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 02/09/2026 14:00:34

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: 02-sep-2026

Fecha Validación: 02-sep-2026

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 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. - 02-sep-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DIANA CAROLINA MORALES 02/09/2026 12:30:41
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 12-11-2026
Ciudad y fecha

Firmado digitalmente por Katty Jhoana Rodriguez Lozano
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: JOSE VICENTE GUZMAN GOMEZ 02/09/2026 14:00:34