



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-nov-2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUZMAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CRUZ	NOMBRES NILSON VLADIMIR	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1018428897		SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1018428897 D.M. 55			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 21 MES SEP AÑO 1989 PAÍS COLOMBIA DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO ARBELAEZ		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 80D No 7B 83 torre 1 apart 1308 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 4978997 EMAIL vladiguz1914@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 BÁSICA											TÍTULO BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	☒ 11º	MES DIC	AÑO 2006



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-nov-2017

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 CENTRO ORIENTE E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hclinicaslavictoria@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3725310 ext 261	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 10 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 11 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL	DEPENDENCIA GESTION DOCUMENTAL	DIRECCIÓN DIAGONAL 34 5-43 SEDE CENTRO	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA VICTORIA E.S.E III NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD archivo@esevictoria.gov.co	
TELÉFONOS 3725610	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 10 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA EL	DEPENDENCIA ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	DIRECCIÓN DIAGONAL 33 SUR No 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD OPTIMIZAR SERVICIOS TEMPORALES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contacto@optimizarservicios.com	
TELÉFONOS 2361913-12	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 7 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 5 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ARCHIVO	DEPENDENCIA MISION UGPP	DIRECCIÓN CARRERA 48 No 48 95	



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-nov-2017

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
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.	No especifica	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA 18 MES 1 AÑO 2008	DÍA 30 MES 4 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ESTADÍSTICA Y GESTIÓN DOCUMENTAL	TRANSVERSAL 74F No. 40B 54 SUR.	

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
PUBLICO	7	6
PRIVADO	1	10
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	4

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 180/95).

Lugar y fecha del diligenciamiento

Bogotá Diciembre 2017

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATISTA



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP 
SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-nov-2017

[Área para la información personal, actualmente vacía]

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