



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

sideap

Última Actualización: 21-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LOZADA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANDOVAL	NOMBRES MELBA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 26535022	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES ABR AÑO 1954 PAÍS Colombia DEPTO Valle del Cauca CIUDAD Zarzal		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TRANSVERSAL 3 A # 87 B 73 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7503895 EMAIL melosa_1995@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			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JULIO	AÑO	2011

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	8	X	ENFERMERIA		7	1989	16951

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO	GOES APH	2018	40
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA	GOES APH	2018	40
ENTRENAMIENTO EN CODIGO ROJO	HOSPITAL SAN IGNACIO	2015	8
TOMA DE MUESTRAS SANGUINEAS	HOSPITAL SAN IGNACIO	2015	8



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

sideap

Última Actualización: 21-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
MANEJO DE TRAQUEOTOMIAS	HOSPITAL SAN IGNACIO	2015	8
CONGRESO DE GINECOLOGÍA OBSETETRICA	UNIVERSIDAD JAVERIANA	2014	20
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	HOSPITAL SAN IGNACIO	2013	10
MANEJO DE PACIENTE ONCOLOGICO	HOSPITAL SAN IGNACIO	2012	20
MENEJO DE DISPOSITIVOS Y MEDICAMENTOS	HOSPITAL SAN IGNACIO	2011	4
SOPORTE VITAL MODULADO EN TRAUMA	SECRETARIA DE SALUD	2008	487

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
sub red del norte (hospital simon bolivar)		X	
PAÍS		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalusuario@subreddelnorte.gov	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6583030	DIA 1 MES 9 AÑO 2016		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
enfermera	pediatria	calle 66 n 15-41	



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1995, 459 y 463 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

sideap

Última Actualización: 21-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

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

hospital san Ignacio

PÚBLICA

X

PRIVADA

PAÍS

Colombia

DEPARTAMENTO

Bogotá D.C.

MUNICIPIO

Bogotá D.C.

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

www.husil.org.com

TELÉFONOS

5946181

FECHA DE INGRESO

DÍA

13

MES

7

AÑO

2011

FECHA DE RETIRO

DÍA

19

MES

7

AÑO

2018

CARGO O CONTRATO

enfermera

DEPENDENCIA

ginecología urgencias

DIRECCIÓN

cra 7 n 40 62

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD

hospital boss centro

PÚBLICA

X

PRIVADA

PAÍS

Colombia

DEPARTAMENTO

Bogotá D.C.

MUNICIPIO

Bogotá D.C.

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

bosa@esebogota.gov.co

TELÉFONOS

7799800

FECHA DE INGRESO

DÍA

6

MES

7

AÑO

2004

FECHA DE RETIRO

DÍA

7

MES

7

AÑO

2011

CARGO O CONTRATO

enfermera

DEPENDENCIA

general

DIRECCIÓN

cra 69 b n 15 63

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD

escuela de auxiliares de enfermería CEMCA

PÚBLICA

PRIVADA

X

PAÍS

Colombia

DEPARTAMENTO

Bogotá D.C.

MUNICIPIO

Bogotá D.C.

CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

cemca@hotmail.com

TELÉFONOS

3202090

FECHA DE INGRESO

DÍA

10

MES

1

AÑO

1994

FECHA DE RETIRO

DÍA

20

MES

6

AÑO

2010

CARGO O CONTRATO

DOCENTE ENFERMERIA

DEPENDENCIA

GENERAL

DIRECCIÓN

calle 36 n 15 63



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

sideap^{2.0}

Última Actualización: 21-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

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 CENTRO PLANADAS	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Tolima	Planadas	hospitalplanadas@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6202030	DÍA 1 MES 8 AÑO 1989		DÍA 17 MES 4 AÑO 1990
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA RURAL	GENERAL	PLANADAS TOLIMA	

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	16	5
Pública	18	0
Total	28	6

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. - 21-dic-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO 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 Norte E.S.E.

sideap_{2.0}

Última Actualización: 21-dic-2021

Fecha Validación: 23-dic-2021

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS