



# 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**<sub>2.0</sub>

Última Actualización: 08-abr-2023

Fecha Validación: 10-abr-2023

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>OSPINA                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>ROJAS                            | NOMBRES<br>STEPHANIE                                                                                                                                                           |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1000161666 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                          |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                                                |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 20 MES AGO AÑO 2003<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 42 F SUR 87 B 16 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3102356107<br>EMAIL stefanyospina924.rojas@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° | <input checked="" type="checkbox"/> 11° | MES NOVIEMBRE AÑO 2020     |  |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                          | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                 | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|-------|
| técnico laboral en auxiliar de enfermería | escuela de formaciones técnicas formates | 2022            | 1800  |



# 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: 08-abr-2023  
Fecha Validación: 10-abr-2023

## 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 ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO                   |                        |                                 |                        |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                   | PÚBLICA                | PRIVADA                         | PAÍS                   |
| grafismo impresores y editores LTDA |                        | X                               | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                        | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |                        |
| Bogotá D.C.                         | Bogotá D.C.            | contacto@grafismoimpresores.com |                        |
| TELÉFONOS                           | FECHA DE INGRESO       |                                 | FECHA DE RETIRO        |
| 7443867                             | DÍA 29 MES 11 AÑO 2021 |                                 | DÍA 20 MES 12 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO                    | DEPENDENCIA            | DIRECCIÓN                       |                        |
| prestación de servicios             | producción             | calle 8a #36-54                 |                        |

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   | 1                     | 0     |
| Pública   | 0                     | 0     |
| Total     | 1                     | 0     |



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**<sub>240</sub>

Última Actualización: 08-abr-2023

Fecha Validación: 10-abr-2023

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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 08-abr-2023

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS