



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.



Última Actualización: 03-may-2023

Fecha Validación: 09-may-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OSPINA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) REYES	NOMBRES ANGELICA MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 39572050	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES NOV AÑO 1975 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Girardot		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 24 33 31 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3122917036 EMAIL angelicaospina04@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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1994

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 TITULO OBTENIDO			MES AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	10	X	ENFERMERIA			7 2009	23496

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN						AÑO TERMINACIÓN		HORAS
IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB



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.



Última Actualización: 03-may-2023

Fecha Validación: 09-may-2023

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 Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD espaciopublicoco.2020@gmail.com	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 9 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 20 MES 6 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA ESPACIO PUBLICO	DIRECCIÓN KR 12 D 26 A 62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS DE SALUD SUBRED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD espaciopublicoco.2020@gmail.com	
TELÉFONOS 3444448	FECHA DE INGRESO DIA 21 MES 9 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 2 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA PIC ESPACIO PUBLICO	DIRECCIÓN DG 34 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLANDES	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Flandes	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3444448	FECHA DE INGRESO DIA 12 MES 4 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 12 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO COORDINADORA DE SALUD PUBLICA	DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD	DIRECCIÓN CR 7 4 84	

3

EXPERIENCIA LABORAL



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.



Última Actualización: 03-may-2023

Fecha Validación: 09-may-2023

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RAFAEL URIBE		PÚBLICA X	PRIVADA
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 3444448	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 1 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL DE APOYO	DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN KR 12 D 26 A 62 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
Privada	0	0
Pública	7	6
Total	7	6



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.



Última Actualización: 03-may-2023

Fecha Validación: 09-may-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 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 03-may-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Angelica Maria Ospina Reyna
CC 39572050

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