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: 15-dic-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LOZADA	SANDOVAL	MELBA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 26535022

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 13 MES ABR AÑO 1964

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: Valle del Cauca

CIUDAD: ZARZAL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: TRANSV 4 BIS # 84 B73 SUR ESTE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: Bogotá D. C.

CIUDAD: BOGOTA 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 JUL AÑO 2011
										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	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERA	7	1989	16951

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: 15-dic-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
sub red del norte (hospital simon bolivar)	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	BOGOTA 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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
hospital san ignacio	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	wwwhusi@org.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5946161	DIA 13 MES 7 AÑO 2011	DIA 19 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
enfermera	ginecologia urgencias	cra 7 n 40 62

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
hospital bosa centro	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	bosa@esebogota.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7799800	DIA 6 MES 7 AÑO 2004	DIA 7 MES 7 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
enfermera	general	cra 69 b 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

Última Actualización: 15-dic-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: escuela de auxiliares de enfermeria CEMCA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: cemca@hotmail.com
TELÉFONOS: 3202090	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 1 AÑO 1994		*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 6 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO: DOCENTE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: GENERAL		*DIRECCIÓN*: calle 36 n 15 63

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL CENTRO PLANADAS	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Tolima	*MUNICIPIO*: PLANADAS		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 6202030	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 1989		*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 4 AÑO 1990
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA RURAL	*DEPENDENCIA*: GENERAL		*DIRECCIÓN*: 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*
PUBLICO	13	12
PRIVADO	16	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	28	4

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 INCOPATIBILIDAD 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).

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: 15-dic-2017

15 dic 2017 Bogota

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Nelba Lozada Gandoval

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