



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 06-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OSPINA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUZMAN	NOMBRES CECILIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52103869	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES NOV AÑO 1971 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Valle De San Juan		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 73a sur N. 77 L 31 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7753161 EMAIL cospina1991@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	2001	

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		TEMINACIÓN		No. DE TARJETA	
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL	
TC	4	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA		12	2009	52103869	

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
Ingles	X			X			X		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 06-ene-2019

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 salud suroccidente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD pablovi@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 7799800	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA caps pablo vi - urgencias	DIRECCIÓN cr 77 i bis 69 a 70 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD hospital pablo vi	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD autorizaciones@pablovi.gov.co	
TELÉFONOS 7799800	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 2 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN cr 77 i bis 69 a 70 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL BOSA II NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD No específica	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 11 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 4 MES 11 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE INFORMACION	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN CLL 65D SUR N 79C 90	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTITAL DEL ENTIDAD Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 06-ene-2019

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 PABLO VI	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.HOSPITALPABLOVIBOSA.GOV.CO	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA PROMOCION Y PREVENCION	DIRECCIÓN CRA 78A BIS N 69B 76	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CARE ESPECIALISTAS EN POS OPERATORIOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD careprofesionales@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 2 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 5 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO CUIDADOS POS OPERATORIOS	DEPENDENCIA DOMICILIARIO	DIRECCIÓN CLL 118 N 19 52	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD VELAS Y VELADORAS EL ZAFIRO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 2 AÑO 2000		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 6 AÑO 2002
CARGO O CONTRATO SECRETARIA	DEPENDENCIA ADMINISTRACION	DIRECCIÓN CLL 73A BIS N 77 10	

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	6	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 Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL COLECTIVO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Última Actualización: 06-ene-2019

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	4

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).

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