

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERIA JURIDICA 4571 DE 1977

CONFIERE EL TITULO DE

PSICOLOGO

A

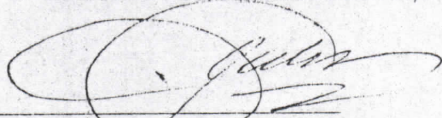
Eugenia Cecilia España Oliba

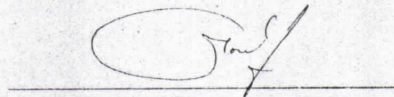
C.C. No. [REDACTED] de Pasto (Nar.)

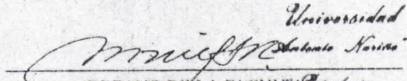
QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C., A LOS 13 DIAS DEL MES VIII DE 19 99


RECTOR


VICE RECTOR ACADEMICO

*Universidad
Antonio Nariño*

DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA


SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 323-28 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 9

SANTAFE DE BOGOTA, D.C. 17 DE VIII DE 19 99

No. 9101

ELABORO 

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No.4571 de 1977

ACTA DE GRADO NUMERO 9101

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA UNIVERSIDAD EN SU SESION DEL DIA 6
DE JULIO DE 19 99 ACTA No. 11

CONSIDERANDO

Que la carrera de **PSICOLOGIA**
cuenta con la aprobación correspondiente de conformidad con disposiciones vigentes;

Que el Estudiante **EUGENIA CECILIA ESPAÑA OLIVA**

Con cédula de ciudadanía No. [REDACTED] de Pasto (Nar.)

Terminó satisfactoriamente los estudios del Programa de **Psicología**
y cumplió todos los requisitos establecidos por la Facultad de **Psicología**


RESUELVE

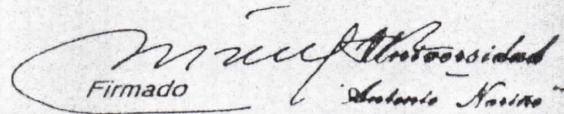
Otorgarle el Título de **PSICOLOGO**

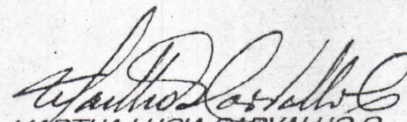
Luego del juramento de rigor se hizo entrega del Diploma correspondiente.

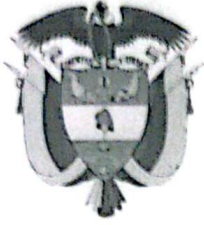
En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la Ciudad de Santafé de Bogotá, a

los 13 días del mes de AGOSTO de 19 99


Firmado
HORACIO SALAZAR MONTOYA
RECTOR


Firmado
JORGE GOMEZ PATINO
DECANO DE LA FACULTAD **Psicología**


MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
SECRETARIA GENERAL



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ESPAÑA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) OLIVA	NOMBRES EUGENIA CECILIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. [REDACTED]	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input checked="" type="radio"/> 16 MES <input checked="" type="radio"/> MAR AÑO [REDACTED] PAÍS Colombia DEPTO Nariño CIUDAD Ricaurte		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO [REDACTED] EMAIL cecilia.espana@yahoo.es

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 Pedagógico		
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES JUNIO	AÑO 1992

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 APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
ACADÉMICA		SI	NO		MES	AÑO	
Universitaria	10	X		PSICOLOGIA	8	1999	[REDACTED]

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
atencion a victimas de violencia sexual	La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.	2023	40
soporte vital basico	fundación educativa san juan de Dios	2020	40



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL EN LA VEJEZ DESDE LA MIRADA DE LA GERIATRIA	PROGRAMA CUIDADANIA DIGITAL DEL LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2014	48
ENTRENAMIENTO EN INTERVENCION DEL	Secretaria Distrital De Salud de Bogotá, D.C	2013	4
		2008	16

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 ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO psicologa	DEPENDENCIA servicios ambulatorios	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47B -35 su	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.eseusme.gov.co	
TELÉFONOS 766066	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>
CARGO O CONTRATO Psicóloga	DEPENDENCIA Ambulatoria	DIRECCIÓN transversal 2 N° 135-78 sur	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar

Sideap^{2.0}

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 Usme	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.eseusme.gov.co	
TELÉFONOS 7660666	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO Coordinadora del programa Guías	DEPENDENCIA Atención al Usuario	DIRECCIÓN Tranversal 2 N° 135-78 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	20	7
Total	20	7



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap_{2.0}

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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica: *Realia España*
null
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