



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ospina	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Quiceno	NOMBRES Luz Adiola
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 68726022	SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO		D.M.

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 OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	03	AÑO	1997	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X			07	2010	
PREGRADO	10	X		SALUD OCUPACIONAL	06	2003	

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
ESPAÑOL			X			X			X

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED SALUD DEL CENTRO DEL MUNICIPIO DE CALI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3120930			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA DE CALIDAD			DEPENDENCIA ÁREA DE MEJORAMIENTO					DIRECCIÓN CARRERA 12E 50 18 IPS Diego Lalinde						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED SALUD DEL CENTRO DEL MUNICIPIO DE CALI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - CALIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 12E NORTE 50 18						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED SALUD DEL CENTRO DEL MUNICIPIO DE CALI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4851717			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR			DEPENDENCIA ACALIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 12E NORTE 50 18 NORTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED DE SALUD DEL CENTRO ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4851717			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA EVALUACION Y MEJORA					DIRECCIÓN CARRERA 12E 50 18						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED DE SALUD DEL CENTRO ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4851717			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA EVALUACION Y MEJORA					DIRECCIÓN CALLE 54N 12A 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	06	Año	2020	Día	31	Mes	07	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN Sin dirección							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED DE SALUD DEL CENTRO ESE			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4871717			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	02	Año	2020	Día	31	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA EVALUACION Y MEJORA				DIRECCIÓN CALLE 54N 12A 35							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED DE SALUD DEL CENTRO ESE			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4851717			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	01	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA EVALUACION Y MEJORA				DIRECCIÓN CALLE 54N 12A 35							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD RED DE SALUD DEL CENTRO ESE			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 485177			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	12	Mes	05	Año	2014	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA EVALUACION Y MEJORA				DIRECCIÓN CARRERA 12E 50 18							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD RED SALUD DEL CENTRO DEL MUNICIPIO DE CALI			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3216404417			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	10	Mes	01	Año	2014	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO Y DE			DEPENDENCIA AREA CALIDAD				DIRECCIÓN CARRERA 12E 50 18							

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

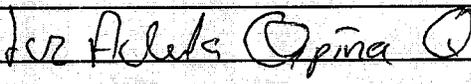
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	10	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	25	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	5

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____



 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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