



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 GONZALEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ	NOMBRES MARIA CECILIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53039256	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CASA SUR 27 A 33</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u> TELEFONO <u>3006889574</u> EMAIL <u>maria84cgonzalez@hotmail.com</u>

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 TÉCNICO COMERCIAL			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO						
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2002
										☒				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA). 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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES	12 2019	
Universitaria	9	X	FISIOTERAPIA	10 2013	53039256

Firma electrónica validador: null

89480

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap^{2.0}

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

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
inglés	X			X			X		

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
Subred Integrada de Servicios de Salud sur	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 16	MES 5 AÑO 2018	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	ENTORNO LABORAL	KR 20 # 47B 35 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 16	MES 5 AÑO 2018	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Especialista en salud ocupacional	Gestiona el riesgo entorno laboral	CL 71 SUR 181 86	

Firma electronica validador: null

89480

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



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 Empresa de Salud E.S.E. del Municipio de Soacha					PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO Soacha				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cuadrantesaludable@esesoacha.gov.co			
TELÉFONOS 7293922		FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 12 AÑO 2016				FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 3 AÑO 2017			
CARGO O CONTRATO Fisioterapeuta		DEPENDENCIA Cuadrantes Saludables				DIRECCIÓN KR 2 # 12 - 38			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud					PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacion@subrednorte.gov.co			
TELÉFONOS 3499080		FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 4 AÑO 2016				FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 10 AÑO 2017			
CARGO O CONTRATO Fisioterapeuta		DEPENDENCIA Salud pública - Espacio Educativo				DIRECCIÓN CL 66 # 15 - 41			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD ESE CHAPINERO					PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.eschapinero.gov.co			
TELÉFONOS 3499080		FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2014				FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 6 AÑO 2016			
CARGO O CONTRATO FISIOTERAPEUTA		DEPENDENCIA TERRITORIOS SALUDABLES				DIRECCIÓN CLL 66 15 41			

Firma electronica validador: null

89480

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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					
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL						X		Colombia					
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
Bogotá D.C.		Bogotá D.C.											
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
3282300		DÍA 6		MES 3		AÑO 2005		DÍA 12		MES 12		AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN							
AUXILIAR DE ENFERMERIA		ENFERMERIA				KR 8 A 17 45							

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	9	9
Pública	10	10
Total	20	5

Firma electronica validador: null

89480

Documento electrónico: null

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



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 18-03-2026

Firma electrónica:

null

Cecilia Conedee G

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

Firma electronica validador: null

89480

Documento electrónico: null

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5