El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ESCOBAR	ARCILA	ANA LORENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS
C.C ◉	C.E ○	PAS ○	No. 29687334	F ◉	M ○	COL. ◉	EXTRANJERO ○	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE	SEGUNDA CLASE	NÚMERO	D.M
○	○		

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 11	MES 04	AÑO 1980	calle 12 # 83-65 bloque 7 apto 413 multicentro 15			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Valle del Cauca
DEPTO	Valle del Cauca			MUNICIPIO	CALI		
MUNICIPIO	CALI			TELÉFONO	3016461601	EMAIL	nita.110480@gmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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: Bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 06 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	
UN	10	X		FISIOTERAPIA	04	2003	762617-03
ES	3	X		ESPECIALIZACION EN CONTROL INTEGRAL DE GESTION Y AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	06	2010	762617-03
ES	2		X	ESPECIALIZACION EN SALUD PUBLICA			

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONTRALORIA CALI	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	CALI	nita.110480@GMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3016461601	DÍA 16 MES 02 AÑO 2021	DÍA 16 MES 08 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS CONTRATO DE PS No.0900.07.01.21.021	DIRECCION TECNICA ANTE SALUD	AVENIDA 5AN #20-08

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONTRALORIA CALI	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	CALI	nita.110480@gmail.com
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
6442000	**DÍA** 30 **MES** 07 **AÑO** 2020	**DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2020
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
PRESTACION DE SERVICIOS CONTRATO DE PS No.0900.07.01.20.073	DIRECCION TECNICA ANTE SALUD	AVENIDA 5AN #20-08

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONTRALORIA CALI	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Valle del Cauca	CALI		nita.110480@gmail.com
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
73016461601	**DÍA** 13 **MES** 02 **AÑO** 2020		**DÍA** 13 **MES** 07 **AÑO** 2020
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Prestaacion de Servicios CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES			Avenida 5AN #20-08

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Contraloria Santiago de Cali	X		
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
66442000	**DÍA** 12 **MES** 07 **AÑO** 2019		**DÍA** 13 **MES** 12 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Profesional de apoyo 0900.07.01.19.112	DT Salud		CAM PISO 7

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Contraloria Santiago de Cali	X		
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
66442000	**DÍA** 31 **MES** 01 **AÑO** 2019		**DÍA** 14 **MES** 06 **AÑO** 2019
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Profesional de apoyo 0900.07.01.19.019	DT Salud		CAM PISO 7

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Neuroclinica Integral		X	
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
3472792	**DÍA** 01 **MES** 01 **AÑO** 2018		**DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2018
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
prestacion de servicios en auditoria en salud	administrativa		Calle 5D # 38A-35 piso 11

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COOMEVA-CHRISTUS SINERGIA		X	
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
031-3199555	**DÍA** 01 **MES** 06 **AÑO** 2015		**DÍA** 30 **MES** 08 **AÑO** 2016
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
auditoria interna y externa	salud		Calle 63 N° 9 a 45 Lourdes ? Bogotá ? Colombia

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital en Casa Coomeva		X	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Valle del Cauca	CALI		nita.110480@gmail.com
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
5242494	**DÍA** 15 **MES** 10 **AÑO** 2008		**DÍA** 15 **MES** 01 **AÑO** 2009
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Coordinador servicios medicos	administrativa salud		calle 5 # 35-70

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Christus Sinergia- Coomevva		X	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Valle del Cauca	CALI		nita.110480@gmail.com
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**

5242492	**DÍA** 01	**MES** 06	**AÑO** 2007	**DÍA**	**MES**	**AÑO**		
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**			**DIRECCIÓN**				
Fisioterapeuta	asistencial			calle 5 #68-70				

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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 Cali, Agosto 2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.