



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Carreno	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Oran	NOMBRES Adriana Mayely
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1016017864		SEXO F <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS Colombia
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 16 MES 05 AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Santander MUNICIPIO Bucaramanga		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cll 14A # 810 12 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 3106 331124 EMAIL mayadria2314@gmail.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 BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO	
										<input checked="" type="checkbox"/>	12	2005	

EDUCACION 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	<input checked="" type="checkbox"/>		Administración de Empresas	08	2013	123518

ESPECÍFIQUE 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	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 N/A	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD AORES	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO BOGOTÁ	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 432 2760	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 07 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Direccion de otros pteja		DIRECCIÓN Cll 26 # 69-76		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD JALV McGregor	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 691 9901	FECHA DE INGRESO DÍA 07 MES 11 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 05 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Ecat-Profesional de apoyo		DIRECCIÓN Cll 93 # 11 A11		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD AGM SALUD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 342 4232	FECHA DE INGRESO DÍA 07 MES 02 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 16 MES 05 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO Ejecutiva de cuenta	DEPENDENCIA Operativa de Cartera		DIRECCIÓN Cll 32 A # 14-35		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 N/A	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Ut Fosyga Grupo ASD.	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO BOGOTÁ	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3462501	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 07 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 11 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Analista de Reclamaciones	DEPENDENCIA Reclamaciones.	DIRECCIÓN c/c 32 # 13-07	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 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		5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	7

5 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 23-ENERO - 2020

Adriana Cuervo


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.

23-01-2020 JB
Ciudad y fecha

Esperanza Rodríguez
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR23
	FORMATO	VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA	VERSIÓN	1
			FECHA	29/11/2019

1 DATOS GENERALES

Nombre Del Aspirante	ADRIANA MAYERLY CARREÑO DURAN ✓
Perfil	PROFESIONAL ✓
Educación	PROFESIONAL ✓
Fecha de Grado	28/08/2015 ✓
Titulos académicos requeridos	ADMINISTRADOR DE EMPRESAS ✓
Experiencia Requerida	TP + 25 MESES

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

UNIVERSIDAD Y/O INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TÍTULO	FECHA DE TERMINACIÓN
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA ✓	ADMINISTRADOR DE EMPRESAS ✓	24/05/2014 ✓

3 EXPERIENCIA LABORAL

ENTIDAD /EMPRESA / ORGANIZACIÓN	TIPO DE EXPERIENCIA GENERAL (G) ESPECÍFICA (E)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	TOTAL DÍAS	T_AÑOS	T_MESES	T_DÍAS
GRUPO ASD (BOGOTÁ) ✓	E	13/07/2015 ✓	18/11/2016 ✓	494 ✓	1	4	5
AGM SALUD CTA (BOGOTÁ) ✓	E	7/02/2017 ✓	16/05/2017 ✓	98 ✓	0	3	9
JAHV MCGREGOR ✓	E	7/11/2018 ✓	31/05/2019 ✓	205 ✓	0	6	24
ADRES ✓	E	15/07/2019 ✓	31/12/2019 ✓	169 ✓	0	5	16
				0	0	0	0
				0	0	0	0
SUB-TOTAL				966	1	18	54
TOTAL				2	7	23	31
				años	meses	días	Total meses

Elaboró: Leidy ✓
Revisó/Aprobó: R. Molina / María ✓ S



Primer Nombre:

Primer Apellido:

Nombre Entidad

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Mostrar 10 resultados

Primer Nombre	Primer Apellido	Entidad	Archivos
ABEL	CASTILLO	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Bienes Comunitarios Recursos
ADRIANA	CARREÑO	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Bienes Comunitarios

