

	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 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	------------------------------------	--------------------	--	--

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BAUTISTA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MANCILLA		NOMBRES YOLANDA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52347166			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
PAÍS COLOMBIA					
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO D.M	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 31 MES 12 AÑO 1976			Cra.92 No. 82a - 68 Engativ? Apartamento		
PAÍS Colombia			PAÍS Colombia		
DEPTO Cundinamarca			DEPTO Bogotá D.C		
MUNICIPIO SANTA FE DE BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTÁ		
			TELÉFONO 3124047968		
			EMAIL yolanbm@hotmail.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)																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">EDUCACIÓN BÁSICA</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">PRIMARIA</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">SECUNDARIA</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">MEDIA</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">FECHA DE GRADO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1o.</td><td style="text-align: center;">2o.</td><td style="text-align: center;">3o.</td><td style="text-align: center;">4o.</td><td style="text-align: center;">5o.</td><td style="text-align: center;">6o.</td><td style="text-align: center;">7o.</td><td style="text-align: center;">8o.</td><td style="text-align: center;">9o.</td><td style="text-align: center;">10</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">MES 12 AÑO 1995</td> </tr> </table>										EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO		PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO		1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 1995
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO																																			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO																																			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 1995																																		
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)																																													
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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).																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">MODALIDAD ACADÉMICA</th> <th rowspan="2">No.SEMESTRES APROBADOS</th> <th colspan="2">GRADUADO</th> <th rowspan="2">NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO</th> <th colspan="2">TERMINACIÓN</th> <th rowspan="2">No. DE TARJETA PROFESIONAL</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>TC</td> <td>7</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td>TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL</td> <td>12</td> <td>2007</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UN</td> <td>10</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td>ADMINISTRACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL</td> <td>12</td> <td>2016</td> <td></td> </tr> </table>										MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL	SI	NO	MES	AÑO	TC	7	X		TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL	12	2007		UN	10	X		ADMINISTRACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL	12	2016									
MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL																																						
		SI	NO		MES	AÑO																																							
TC	7	X		TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL	12	2007																																							
UN	10	X		ADMINISTRACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL	12	2016																																							

☒ experiencia laboral

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD HEON		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	

TELÉFONOS 4325666	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 12 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 03 MES 03 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Analista Auditor	DEPENDENCIA Salud		DIRECCIÓN Av. Cra. 45 No. 108-27	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Deyfer	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2352493	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 05 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Analista HSEQ	DEPENDENCIA Salud Ocupacional		DIRECCIÓN Calle 61 no. 9-95	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Grupo ASD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3402501	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 04 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 08 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Analista de recobros	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Calle 32 No. 13-07	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD COMPENSAR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4280666	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 08 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 04 MES 04 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO auxiliar de servicio al client	DEPENDENCIA Gestionar canales de atencion		DIRECCIÓN AV 68 CALLE 26	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Laboratorio y consultorio dental Deyfer	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2352493	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 06 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 08 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO Tecnico Dental	DEPENDENCIA Laboratorio dental		DIRECCIÓN Cll 61No.9-95	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD GENESIS ARTES VISUALES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3002942616	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 12 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de oficina	DEPENDENCIA Administrativa		DIRECCIÓN Tvsal 7E N 22 A 19 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD CINECOLOMBIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4917626	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 07 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 11 AÑO 2004	

CARGO O CONTRATO auxiliar operativo	DEPENDENCIA Taquilla	DIRECCIÓN Cra. 13 A N° 38 -76
---	--------------------------------	---

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD 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 Bogotá, Junio 01 de 2020

[Firma]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5 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