

	El servicio público es de todos	Función Pública	<b>FORMATO ÚNICO</b> <b>HOJA DE VIDA</b> 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

<b>PRIMER APELLIDO</b> FORTICH	<b>SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )</b> FORTICH	<b>NOMBRES</b> MARIA CLAUDIA
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1047407737		<b>SEXO</b> F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>
		<b>NACIONALIDAD</b> COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
<b>PAÍS</b> Colombia		
<b>LIBRETA MILITAR</b> PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO D.M		
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b> <b>FECHA</b> DÍA 22 MES 02 AÑO 1989 <b>PAÍS</b> Colombia <b>DEPTO</b> Bolívar <b>MUNICIPIO</b> CARTAGENA		<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b> calle 86 N? 95d-03 bloque B8 Apto 104 <b>PAÍS</b> Colombia <b>DEPTO</b> Bogotá D.C <b>MUNICIPIO</b> BOGOTÁ <b>TELÉFONO</b> 3046311242 <b>EMAIL</b> marychess22@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

<b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b>  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)												
<b>EDUCACIÓN BÁSICA</b>										<b>TÍTULO OBTENIDO:</b> Bachiller academico		
<b>PRIMARIA</b>										<b>SECUNDARIA</b>		
<b>MEDIA</b>										<b>FECHA DE GRADO</b>		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	<b>MES 11 AÑO 2005</b>	
<b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b>  DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: <b>TC</b> (TÉCNICA), <b>TL</b> (TECNOLÓGICA), <b>TE</b> (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), <b>UN</b> (UNIVERSITARIA), <b>ES</b> (ESPECIALIZACIÓN), <b>MG</b> (MAESTRÍA O MAGISTER), <b>DOC</b> (DOCTORADO O PHD), RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).												
<b>MODALIDAD ACADÉMICA</b>	<b>No.SEMESTRES APROBADOS</b>	<b>GRADUADO</b> SI NO		<b>NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO</b>				<b>TERMINACIÓN</b> MES AÑO		<b>No. DE TARJETA PROFESIONAL</b>		
UN	10	X		ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD				07	2011	no aplica		
ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR ( <b>R</b> ), BIEN ( <b>B</b> ) O MUY BIEN ( <b>MB</b> )												
<b>IDIOMA</b>						<b>LO HABLA</b>		<b>LO LEE</b>		<b>LO ESCRIBE</b>		
Español						R	B	MB	R	B	MB	
Inglés						X			X			

 experiencia laboral

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.		
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>		

<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Capital Salud a traves de opcion temporal y Cia		<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C	<b>MUNICIPIO</b> BOGOTÁ		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> info@opciontemporal.com	
<b>TELÉFONOS</b> 2580400	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 13 MES 11 AÑO 2019		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 07 MES 02 AÑO 2020	
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> Analista de Recobros	<b>DEPENDENCIA</b> Cuentas medicas		<b>DIRECCIÓN</b> Calle 127B No. 45 ? 61	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Grupo ASD		<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C	<b>MUNICIPIO</b> BOGOTÁ		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>	
<b>TELÉFONOS</b> 3402501	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 19 MES 09 AÑO 2013		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 03 MES 01 AÑO 2019	
<b>CARGO O CONTRATO</b> Auditor de Calidad Recobros	<b>DEPENDENCIA</b> Operativa		<b>DIRECCIÓN</b> calle 32 N° 13-07	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> Clinica Blas de Lezo		<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bolívar	<b>MUNICIPIO</b> CARTAGENA		<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> clinica_blasdelezo@yahoo.es	
<b>TELÉFONOS</b> 6632606	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 05 MES 03 AÑO 2013		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 10 MES 09 AÑO 2013	
<b>CARGO O CONTRATO</b> Auxiliar de Consulta Externa	<b>DEPENDENCIA</b>		<b>DIRECCIÓN</b> Transversal 54 N° 47-57	

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 Bogota 01/06/2020

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA  
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