

El servicio público  
es de todosFunción  
Pública

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |  |                                  |  |                                                                                                                                                                              |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>VARGAS                                                                                                              |  | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) |  | NOMBRES<br>YOMARA                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52862015 |  |                                  |  | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                                                           | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO                                      |  |                                  |  | D.M                                                                                                                                                                          |                                                                                        |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA 27 MES 05 AÑO 1981<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C<br>MUNICIPIO BOGOTÁ                   |  |                                  |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>Calle 146 No. 17-98 Apto 403 Cedritos<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C<br>MUNICIPIO BOGOTÁ<br>TELÉFONO 3165380044 EMAIL xlosan7@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)

| EDUCACIÓN BÁSICA |     |     |            |     |     |       |     |     |                |   | TÍTULO OBTENIDO: TITULO DE BACHILLER ACADEMICO |
|------------------|-----|-----|------------|-----|-----|-------|-----|-----|----------------|---|------------------------------------------------|
| PRIMARIA         |     |     | SECUNDARIA |     |     | MEDIA |     |     | FECHA DE GRADO |   |                                                |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o.        | 5o. | 6o. | 7o.   | 8o. | 9o. | 10             | X | MES 12 AÑO 1998                                |

### 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 |
|---------------------|------------------------|----------|------------------------------------------|-------------|----------------------------|
| UN                  | 9                      | SI NO    | CONTADURIA PUBLICA                       | MES AÑO     |                            |
|                     |                        | X        |                                          | 03 2020     | N/A                        |

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 |
| Inglés | X        |   |    | X      |   |    | X          |   |    |

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<br>NASES - EPS Famisanar |                                            | PÚBLICA                                                 | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C                 | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ                        | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>edwin.guzman@nases.com.co |              |                  |
| TELÉFONOS<br>5953370                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 09 MES 03 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 24 MES 06 AÑO 2020               |              |                  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>Obra Labor      | DEPENDENCIA<br>Cuentas Medicas             | DIRECCIÓN<br>Cra 11 No. 69-34 Bogota                    |              |                  |

## EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

|                                                         |                                                     |                                                                                 |                                                  |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>Clínica Miocardio           | <b>PÚBLICA</b>                                      | <b>PRIVADA</b><br>X                                                             | <b>PAÍS</b><br>Colombia                          |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>Cundinamarca                     | <b>MUNICIPIO</b><br>Bogotá                          | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b><br>anallstatalentohumano@clinicamiocardio.com |                                                  |
| <b>TELÉFONOS</b><br>2095042                             | <b>FECHA DE INGRESO</b><br>DÍA 18 MES 03 AÑO 2019   |                                                                                 | <b>FECHA DE RETIRO</b><br>DÍA 17 MES 06 AÑO 2019 |
| <b>CARGO O CONTRATO</b><br>Analista de Facturación - CM | <b>DEPENDENCIA</b><br>Facturación y Cuentas Medicas |                                                                                 | <b>DIRECCIÓN</b><br>Cra 45 A No. 94-71           |

## EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

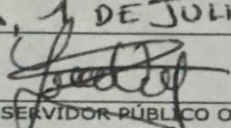
|                                                           |                                                   |                                                               |                                                  |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>Grupo ASD                     | <b>PÚBLICA</b>                                    | <b>PRIVADA</b><br>X                                           | <b>PAÍS</b><br>Colombia                          |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>Cundinamarca                       | <b>MUNICIPIO</b><br>Bogotá                        | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b><br>jwilches@grupoasd.com.co |                                                  |
| <b>TELÉFONOS</b><br>3402501                               | <b>FECHA DE INGRESO</b><br>DÍA 13 MES 07 AÑO 2015 |                                                               | <b>FECHA DE RETIRO</b><br>DÍA 31 MES 10 AÑO 2018 |
| <b>CARGO O CONTRATO</b><br>Analista Operativo de Reclamac | <b>DEPENDENCIA</b><br>Cuentas Medicas             |                                                               | <b>DIRECCIÓN</b><br>Calle 32 No. 13 - 07         |

## 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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTÁ, 1 DE JULIO DE 2020

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

## 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