

 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 <input type="text"/>

## 1 DATOS PERSONALES

<b>PRIMER APELLIDO</b> BARRERA	<b>SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )</b> AUSIQUE	<b>NOMBRES</b> OSCAR ENRIQUE		
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1023865516		<b>SEXO</b> F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	<b>NACIONALIDAD</b> COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>LIBRETA MILITAR</b>				
<b>PRIMERA CLASE</b> <input type="radio"/>	<b>SEGUNDA CLASE</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>NÚMERO</b> 1023865516	<b>D.M</b>	
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b>		<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b>		
<b>FECHA</b>	<b>DÍA</b> 23 <b>MES</b> 09 <b>AÑO</b> 1986	DG 48 D N? 5 D 51 SUR CASA VILLA MORALES LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE		
<b>PAÍS</b>	Colombia	<b>PAÍS</b>	Colombia	
<b>DEPTO</b>	Bogotá D.C	<b>DEPTO</b>	Bogotá D.C	
<b>MUNICIPIO</b>		<b>MUNICIPIO</b>	BOGOTÁ	
		<b>TELÉFONO</b>	3113629846	
		<b>EMAIL</b>	oskarbaau@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</b> 12		<b>AÑO</b> 2003		
<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>		<b>NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO</b>				<b>TERMINACIÓN</b>		<b>No. DE TARJETA PROFESIONAL</b>					
		<b>SI</b>	<b>NO</b>					<b>MES</b>	<b>AÑO</b>						
TL	6	X		TECNOLOGIA EN CONTABILIDAD SISTEMATIZADA				12	2005						
TL	6	X		TECNOLOGIA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD				12	2007						
ESPECÍFIQUE 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>			
							<b>R</b>	<b>B</b>	<b>MB</b>	<b>R</b>	<b>B</b>	<b>MB</b>	<b>R</b>	<b>B</b>	<b>MB</b>
Inglés								X			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> HEON HEALTH ON LINE S.A.		<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> 2543750	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 11 MES 10 AÑO 2017		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 30 MES 06 AÑO 2018	
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> PRESTACION DE SERVICIOS	<b>DEPENDENCIA</b> CUENTAS MEDICAS		<b>DIRECCIÓN</b> AV CRA 45 N° 108 - 27	
<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 06 MES 02 AÑO 2014		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 22 MES 02 AÑO 2017	
<b>CARGO O CONTRATO</b> ANALISTA DE RECLAMACIONES	<b>DEPENDENCIA</b> CUENTAS MEDICAS		<b>DIRECCIÓN</b> CALLE 32 N°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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota D.C, 25 de Agosto 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 \_\_\_\_\_

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co)

 <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		 <small>La salud es de todos</small>
	FORMATO	VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA		
	CÓDIGO	GCON-F23	VERSIÓN 1	

## 1 DATOS GENERALES

<b>Nombre Del Aspirante</b>	Oscar Enrique Barrera Ausique
<b>Perfil</b>	Categoría 15, TFTL/TL o 6 SES y 4 MER
<b>Educación</b>	Técnico Laboral en Auxiliar de Administración - Técnico Laboral en Contabilidad Sistematizada
<b>Fecha de Grado</b>	13/12/2007 -17/12/ 2005
<b>Títulos académicos requeridos</b>	<b>Formación Académica:</b> Técnicos, tecnólogos o estudiantes universitarios con sexto semestre aprobado, en las áreas de conocimiento relacionadas a continuación así: -Ciencias de la salud -Ciencias sociales y humanas -Economía, administración, contaduría y afines - Ingeniería, arquitectura, urbanismo y afines: En el núcleo de conocimiento de ingeniería industrial y afines o ingenier Administrativa y afines
<b>Experiencia Requerida</b>	<b>Experiencia de 4 meses relacionada en:</b> -Verificación y/o revisión de cuentas médicas o -Auditoría de cuentas médicas y -Manejo de herramientas tecnológicas o sistema office o bases de datos en general.

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

UNIVERSIDAD Y/O INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TÍTULO	FECHA DE TERMINACIÓN
CEADS Centro De Educación En Administración En Salud	Técnico Laboral en Auxiliar de Administración en Salud	13/12/2007
CENTRO ANDINO DE ESTUDIOS TÉCNICOS	Técnico Laboral en Contabilidad Sistematizada	17/12/ 2005

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

ENTIDAD /EMPRESA / ORGANIZACIÓN	TIPO DE EXPERIENCIA GENERAL (G) ESPECÍFICA ( E)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	TOTAL DIAS	T_AÑOS	T_MESES	T_DÍAS
HEON	E	11/10/2017	30/06/2018	260	0	8	20
GRUPO ASD	E	06/02/2014	22/02/2017	1097	3	0	17
				0	0	0	0
				0	0	0	0
				0	0	0	0
<b>SUB-TOTAL</b>				<b>1.357</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>37</b>
<b>TOTAL</b>				<b>3</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>45</b>
				años	meses	días	Total meses

Elaboró: Leidy. L  
 Revisó/Aprobó: Maria I.S