



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 14-oct-2025

Fecha Validación: 14-oct-2025

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO NOVA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARIZA | NOMBRES ANDREA |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 35422646 | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M. | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 24 MES AGO AÑO 1979 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Zipaquirá | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 16 10 54 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Zipaquirá TELEFONO 3125541861 EMAIL anovari79@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 BACHILLER ACADEMICO | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|----------------------------|-----------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | NOVIEMBRE | | AÑO | 1996 | |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------------|--|---------------------|----------------------------|
| Universitaria | 10 | X | PUBLICIDAD Y MERCADEO | 6 2011 | |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| GERENCIA Y EMPRENDIMIENTO | FUNDACION UNIVERSITARIA LOS | 2011 | 220 |

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 14/10/2025 09:25:20

1644008

Documento electrónico: 9e046fa83461a83cd996893cb9db15448db9ecd675302f3ae58e491ac55a6d0c
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 14-oct-2025

Fecha Validación: 14-oct-2025

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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 |

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RECURSOS EN LA SALUD | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.adres.gov.co | |
| TELÉFONOS 6014322760 | FECHA DE INGRESO DIA 30 MES 6 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2024 | |
| CARGO O CONTRATO ANALISTA OPERATIVO DE | DEPENDENCIA JURIDICA | DIRECCIÓN Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|------------------------------------|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD DATATOOLS | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.adres.gov.co | |
| TELÉFONOS 6014322760 | FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 8 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2022 | |
| CARGO O CONTRATO AUDITOR MEDICO | DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO | DIRECCIÓN Avenida Las Américas No. 31-20 | |

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 14/10/2025 09:25:20

1644008

Documento electrónico: 9e046fa83461a83cd996893cb9db15448db9ecd675302f3ae58e491ac55a6d0c
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 14-oct-2025

Fecha Validación: 14-oct-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD GRUPO ASD | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.adres.gov.co | |
| TELÉFONOS 6014322760 | FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 2 AÑO 2014 | FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 9 AÑO 2019 | |
| CARGO O CONTRATO ANALISTA OPERATIVO DE | DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO | DIRECCIÓN Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD OCUPAR TEMPORALES - CLINICA DE MARLY | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.ocupar.com.co | |
| TELÉFONOS 6013905555 | FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 11 AÑO 2010 | FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 4 AÑO 2013 | |
| CARGO O CONTRATO ANALISTA DE CUENTAS MEDICAS | DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO | DIRECCIÓN CALLE 50 N° 9-67 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD FAMISANAR EPS | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.famisanar.com.co | |
| TELÉFONOS 6016500200 | FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 8 AÑO 2008 | FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 8 AÑO 2010 | |
| CARGO O CONTRATO ANALISTA FINANCIERO II CUENTAS | DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO | DIRECCIÓN Carrera 13 A N° 77 -63 | |

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 14/10/2025 09:25:20

1644008

Documento electrónico: 9e046fa83461a83cd996893cb9db15448db9ecd675302f3ae58e491ac55a6d0c
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 14-oct-2025

Fecha Validación: 14-oct-2025

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| Privada | 12 | 4 |
| Pública | 1 | 6 |
| Total | 13 | 10 |

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 14-oct-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

ANDREA NOVA ARIZA 14/10/2025 09:18:06

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 14/10/2025 09:25:20

1644008

Documento electrónico: 9e046fa83461a83cd996893cb9db15448db9ecd675302f3ae58e491ac55a6d0c
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4