

 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 style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

## 1 DATOS PERSONALES

<b>PRIMER APELLIDO</b> JOYA	<b>SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )</b> MENDIETA	<b>NOMBRES</b> SANDRA MILENA		
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52466791		<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>				
<b>PRIMERA CLASE</b> <input type="radio"/>	<b>SEGUNDA CLASE</b> <input type="radio"/>	<b>NÚMERO</b>	<b>D.M</b>	
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b>		<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b>		
<b>FECHA</b>	DÍA 16 MES 09 AÑO 1979	CALLE 59 # 84 C 23 SUR CASA BOSA		
<b>PAÍS</b>	Colombia	<b>PAÍS</b>	Colombia	
<b>DEPTO</b>	Bogotá D.C	<b>DEPTO</b>	Bogotá D.C	
<b>MUNICIPIO</b>	BOGOTÁ	<b>MUNICIPIO</b>	BOGOTÁ	
		<b>TELÉFONO</b>	3046033242	
		<b>EMAIL</b>	smjoyamendieta@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: BACHILLER</b>						
<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	MES 11		AÑO 1996			
<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>						
		SI	NO					MES	AÑO							
TC	4	X		TECNICA PROFESIONAL EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD				10	2009							

 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> 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> 2402501			<b>FECHA DE INGRESO</b>			<b>FECHA DE RETIRO</b>						
			DÍA 04	MES 04	AÑO 2016	DÍA 28	MES 02	AÑO 2018				

<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> ANALISTA DE RECLAMACIONES	<b>DEPENDENCIA</b> ECAT	<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 13 NUMERO 32-07
---	----------------------------	---

**4 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI  NO  ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDADE 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 D.C 21 octubre 2020

*[Firma]*  
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 \_\_\_\_\_

 <small>ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	
	FORMATO	VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA	
	CÓDIGO	GCON-F23	VERSIÓN 1



**1 DATOS GENERALES**

<b>Nombre Del Aspirante</b>	SANDRA MILENA JOYA MENDIETA
<b>Perfil</b>	Categoría 15, TFTL/TL o 6 SES y 4 MER
<b>Educación</b>	TÉCNICA PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
<b>Fecha de Grado</b>	7/10/2009
<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 ingeniería
<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
SENA	TÉCNICA PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD	7/10/2009

**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
GRUPO ASD	E	4/04/2016	28/02/2018	687	1	10	27
<b>SUB-TOTAL</b>				<b>687</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>27</b>
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>22</b>
				años	meses	días	Total meses

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