



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

CANTIDAD RECEPTOS

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <i>Escamilla</i>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <i>Badillo</i>	NOMBRES <i>Cyomin Cecilia</i>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <i>32769928</i>	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS
LIBRETA MILITAR			
PRIMERA CLASE <input type="radio"/>	SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			
FECHA			
PAÍS			
DEPTO.		MUNICIP	
MUNICIPIO		TELÉFO	

## 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: <i>Bachiller Comercial</i>	
PRIMARIA			SECUN ARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <i>12</i> AÑO <i>1989</i>

### EDUCACION 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
		SI	NO		MES	AÑO	
<i>MG</i>	<i>3</i>	<i>X</i>		<i>Master en Seguridad Social</i>	<i>09</i>	<i>2021</i>	<i>73-32499</i>
<i>ES</i>	<i>3</i>	<i>X</i>		<i>Auditor Medico calidad</i>	<i>12</i>	<i>2008</i>	<i>73-32499</i>
<i>UN</i>	<i>12</i>	<i>X</i>		<i>Medico General</i>	<i>06</i>	<i>1997</i>	<i>73-32499</i>

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
<i>Inglés</i>	<i>X</i>				<i>X</i>		<i>X</i>		

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 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 <b>Ecoopsos EPS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>cgarzon@ecoopsos.com.co</b>	
TELÉFONOS <b>3142694936-605190088</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>23</b> MES <b>08</b> AÑO <b>2022</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>19</b> MES <b>12</b> AÑO <b>2022</b>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>Gerente Regional centro..</b>	DEPENDENCIA <b>vice de salud.</b>	DIRECCIÓN <b>calle 35 # 7-25 piso 12</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>IPS VAVA LS USATE</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>USATE</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>ipsvavuls@gmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>3144341817</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>11</b> MES <b>04</b> AÑO <b>2022</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>22</b> MES <b>08</b> AÑO <b>2022</b>
CARGO O CONTRATO <b>Asesor Respuesta Coludas. Habilitación</b>	DEPENDENCIA <b>Gerencia.</b>	DIRECCIÓN <b>USATE. calle 6 # 8-113</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>MEDINAS EPS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Liquidada</b>	
TELÉFONOS <b>Liquidada</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>03</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2021</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>06</b> MES <b>04</b> AÑO <b>2022</b>
CARGO O CONTRATO <b>Gerente Regional Bogota</b>	DEPENDENCIA <b>Gerencia.</b>	DIRECCIÓN <b>Panicle 108 PISO 13 Tercer</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Optimizar Salud</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Liquidada</b>	
TELÉFONOS <b>Liquidada</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>08</b> MES <b>05</b> AÑO <b>2021</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>30</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2021</b>
CARGO O CONTRATO <b>Subgerente Medico</b>	DEPENDENCIA <b>Gerencia.</b>	DIRECCIÓN <b>BOGOTÁ calle 57 22 #22A-10</b>	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 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 <b>ASESOR EPS INDIGENA</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>hymaya02@hotmail.com</b>	
TELÉFONOS <b>3118732585</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>15</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2020</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>30</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2021</b>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>ASESOR</b>	DEPENDENCIA <b>ASESOR I.</b>	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>COMUNA EPS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Liquidada</b>	
TELÉFONOS <b>Liquidada</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>26</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2020</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>15</b> MES <b>03</b> AÑO <b>2020</b>
CARGO O CONTRATO <b>SUB GERENTE TECNICO</b>	DEPENDENCIA <b>Gerencia</b>	DIRECCIÓN <b>cra 59 # 997a</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>CENTRO NACIONAL NEUROLOGIA</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Liquidada</b>	
TELÉFONOS <b>Liquidada</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>01</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2019</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>20</b> MES <b>01</b> AÑO <b>2020</b>
CARGO O CONTRATO <b>DIRECTOR MEDICO</b>	DEPENDENCIA <b>Gerencia</b>	DIRECCIÓN <b>Barranco Castilla</b> <b>BOGOTÁ</b>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <b>Capital Salud EPS</b>	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <b>Colombia</b>
DEPARTAMENTO <b>Cundinamarca</b>	MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <b>Capital Salud</b>	
TELÉFONOS <b>3265410 EXT. 3411</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>26</b> MES <b>10</b> AÑO <b>2018</b>		FECHA DE RETIRO DÍA <b>20</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2019</b>
CARGO O CONTRATO <b>Gerente Regional</b>	DEPENDENCIA <b>BOGOTÁ Gerencia</b>	DIRECCIÓN <b>calle 77 A N12935</b>	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 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 Capital Salud EPS	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.capital salud.gov.co	
TELÉFONOS 3265410 EXT 3411	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 12 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 10 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL Coordinador Médico	DEPENDENCIA Gerencia Regional	DIRECCIÓN Calle 77 A # 12935	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Estudios e Inversiones Médicas	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Liquidad	
TELÉFONOS Liquidad	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 03 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 09 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Lider Nacional auditoria Médica	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Liquidad	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION IPS Saludcoop	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Girardot	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Liquidad	
TELÉFONOS Liquidad	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 08 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 11 MES 01 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Gerente Clínica	DEPENDENCIA Gerencia Regional	DIRECCIÓN Liquidad	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION IPS Saludcoop	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Girardot	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Liquidad	
TELÉFONOS Liquidad	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 12 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 08 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO auditor Médico	DEPENDENCIA gerencia Regional	DIRECCIÓN Liquidad	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
 Persona Natural  
 (Leyes 100 de 1995, 400 y 440 de 1997)

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	23	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	3
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>26</b>	<b>10</b>

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá mayo 13. 2023.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL \_\_\_\_\_ 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

