

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SEGURA		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) VASQUEZ		NOMBRES ADRIANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C.	C.E.	P.A.S.	No. 52086976	F	M
			COL	EXTRANJERO	Colombia

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10. A 60. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 60. A 110. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER EN SALUD Y NUTRICIÓN		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO		
10.	20.	30.	40.	50.	60.	70.	80.	90.	10	X	MES 11	AÑO 1993

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIÉ 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 ESTA 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	
ES	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN PERIODISMO	05	2008	0
UN	12	X		MEDICINA	12	2004	731107
MG	4		X	MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA			0
		X		En área relacionada con las funciones del cargo	12	2011	0

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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 Hospital Universitario San Ignacio			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 5946151	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 07 AÑO 2014			FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 04 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Coordinadora de trasplantes	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN Carrera 7 No. 40 - 62		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE LOS ANDES			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 01 AÑO 2014			FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 05 AÑO 2014		
CARGO O CONTRATO ASISTENTE GRADUADA	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE LOS ANDES			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO BOGOTÁ			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CENTRODEESCRITURA@UNIANDES.EDU.CO		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 07 AÑO 2013			FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 07 AÑO 2013		

<b>CARGO O CONTRATO</b> ASISTENTE GRADUADA	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> BOGOTÁ	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>	
<b>TELÉFONOS</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 02 MES 01 AÑO 2013		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 30 MES 05 AÑO 2017
<b>CARGO O CONTRATO</b> COORDINADORA OPERATIVA DE TRAS (COORDINACIÓN OPERATIVA DE TRASPLANTES)	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	<b>PÚBLICA</b> X	<b>PRIVADA</b>	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Bogotá D.C.	<b>MUNICIPIO</b> BOGOTÁ	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>	
<b>TELÉFONOS</b>	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 07 MES 09 AÑO 2012		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 07 MES 11 AÑO 2013
<b>CARGO O CONTRATO</b> Medico Especialista	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> INSTITUTO DEL CORAZON DE IBAGUÉ	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>MUNICIPIO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b> IC1@ICV.ORG	
<b>TELÉFONOS</b> 5-2617200	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 26 MES 03 AÑO 2012		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 31 MES 07 AÑO 2012
<b>CARGO O CONTRATO</b> MEDICA COORDINADORA DE TRASPLA	<b>DEPENDENCIA</b> TRASPLANTES	<b>DIRECCIÓN</b> AVENIDA 19 CARRERA 13 VIA CALAMBOO, IBAGUÉ	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA	<b>PÚBLICA</b>	<b>PRIVADA</b> X	<b>PAÍS</b> Colombia
<b>DEPARTAMENTO</b> Cundinamarca	<b>MUNICIPIO</b> SOACHA	<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>	
<b>TELÉFONOS</b> 5922029	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 01 MES 08 AÑO 2009		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 11 MES 05 AÑO 2012
<b>CARGO O CONTRATO</b> COORDINADORA OPERATIVA DE TRAS	<b>DEPENDENCIA</b> TRASPLANTE RENAL	<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 1A LOTE No. 31-58, SAN MATEO, SOACHA	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> HOSPITAL SAN IGNACIO	<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> INFORMACION@HUSI.ORG.CO	
<b>TELÉFONOS</b> 5946161	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 07 MES 12 AÑO 2007		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 31 MES 10 AÑO 2009
<b>CARGO O CONTRATO</b> COORDINADORA DE TRASPLANTES	<b>DEPENDENCIA</b> TRASPLANTE RENAL	<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA / No. 40-62	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> CLINICA SANTA BIBIANA	<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>	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 25 MES 10 AÑO 2006		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 17 MES 08 AÑO 2007
<b>CARGO O CONTRATO</b> MEDICA GENERAL	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>DIRECCIÓN</b> CALLE 127 CARRERA 16	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> CORPORACIÓN RED DE TRASPLANTES	<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>	<b>FECHA DE INGRESO</b> DÍA 05 MES 12 AÑO 2005		<b>FECHA DE RETIRO</b> DÍA 11 MES 08 AÑO 2006
<b>CARGO O CONTRATO</b> MÉDICA COORDINADORA	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>DIRECCIÓN</b> CALLE 92 No. 15-16 OF. 203	

4

**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 VERACIOS, (ARTÍCULO 59 DE LA LEY 190/94), Luján y fecha de diligenciamiento.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

**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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.