



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: 13-dic-2022

Fecha Validación: 13-dic-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LECHTIG	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) WASSERMAN	NOMBRES SHARON
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☒ PAS ☐ No. 426899	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☐ EXTRANJERO ☒
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 2 MES DIC AÑO 1994 PAÍS Venezuela DEPTO _____ CIUDAD CARACAS		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 127D #21-80 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3045989393 EMAIL sharonlechtig@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Educación media general mención ciencias
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										☒	MES JULIO AÑO 2012

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	12	X	MEDICINA	5 2020	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CURSO VIRTUAL: ABORDAJE	ascila	2020	30
CURSO TALLER – PROTOCOLO DE ATENCION	gescons	2020	30
DIPLOMADO DE SENSIBILIZACIÓN EN	Organización Panamericana de La Salud – Bogotá,	2020	120
CURSO DE PROFUNDIZACIÓN –	– PAN AMERICAN HEALTH ASSOCIATION PAHO	2019	60



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: 13-dic-2022

Fecha Validación: 13-dic-2022

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA -	Organización Panamericana de La Salud – Bogotá,	2019	120

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
inglés		X				X			X

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 AM SALUD SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD direccion.medica@amsalud.com.co	
TELÉFONOS 6336600	FECHA DE INGRESO DIA 30 MES 10 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO médico domiciliario	DEPENDENCIA médico domiciliario	DIRECCIÓN KR 12A #77.41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ememedica SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@emermedica.com.co	
TELÉFONOS 3077098	FECHA DE INGRESO DIA 12 MES 4 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA 6 MES 9 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO medico general	DEPENDENCIA emermedica SAS	DIRECCIÓN carrera 19B #168-35	



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: 13-dic-2022

Fecha Validación: 13-dic-2022

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 universidad de la sabana	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notificacioneslegales@unisabana.edu.co	
TELÉFONOS 8615555	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 8 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 8 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO investigador junior	DEPENDENCIA universidad de la sabana - grupo de	DIRECCIÓN campus puente del comun, km 7, autopista	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 4399090	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 8 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 3 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO medico rural SSO	DEPENDENCIA hospital de kennedy ESE	DIRECCIÓN av 1 de mayo #40b-54	

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	1	6
Pública	0	7
Total	1	6



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: 13-dic-2022

Fecha Validación: 13-dic-2022

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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 13-dic-2022
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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