



# 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.

**sideap** 2.0

Última Actualización: 08-sep-2022

Fecha Validación: 02-mar-2023

1

## DATOS PERSONALES

|  |  |   |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO<br>SANCHEZ   | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>FLOREZ                           | NOMBRES<br>CLAUDIA PATRICIA   |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 51973519 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>   |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                     |  |   |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 6 MES ENE AÑO 1970<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 65 SUR 68 A 68 CA 26<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9343777<br>EMAIL cpsanchezf@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 COMERCIAL |     |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|----------------|---------------------|-----|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO |                     |     |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES            | DICIEMBRE           | AÑO | 1986 |

### 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 |
|---------------------|-------------------------|----------------|---|---------------------|----------------------------|
| Formación técnica   | 6                       | X              | TECNICA PROFESIONAL EN ANALISIS Y DISEÑO DE SISTEMAS DE COMPUTACION | 12 1989             |                            |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|





# 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.

**Sideap** 2.0

Última Actualización: 08-sep-2022

Fecha Validación: 02-mar-2023

## 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                                   | PÚBLICA              | PRIVADA                    | PAÍS            |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | X                    |                            | Colombia        |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| Bogotá D.C.   | Bogotá D.C.          | cpsanchezf@gmail.com       |                 |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO     |                            | FECHA DE RETIRO |
| 4431790   | DÍA 5 MES 3 AÑO 2018 |                            | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                  |                 |
| TECNICO DE SISTEMAS                                 | SALUD PUBLICA SISVAN | CL 66 15 41                |                 |

| EMPLEO O CONTRATO                  |                       |                            |                       |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                  | PÚBLICA               | PRIVADA                    | PAÍS                  |
| MANEJO TECNICO DE INFORMACION S.A. |                       | X                          | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                       | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                       |
| Bogotá D.C.                        | Bogotá D.C.           | www.thomasmti.com          |                       |
| TELÉFONOS                          | FECHA DE INGRESO      |                            | FECHA DE RETIRO       |
| 3759270                            | DÍA 10 MES 3 AÑO 2017 |                            | DÍA 15 MES 1 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO                   | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                  |                       |
| AUXILIAR II DE DIGITACION          | BANCO CAJA SOCIAL     | KR 17A 42A 43              |                       |

| EMPLEO O CONTRATO |                         |                            |                        |
|-------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA                 | PRIVADA                    | PAÍS                   |
| HOSPITAL ENGATIVA | X                       |                            | Colombia               |
| DEPARTAMENTO      | MUNICIPIO               | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                        |
| Bogotá D.C.       | Bogotá D.C.             | cpsanchezf@gmail.com       |                        |
| TELÉFONOS         | FECHA DE INGRESO        |                            | FECHA DE RETIRO        |
| 2338208           | DÍA 14 MES 5 AÑO 2013   |                            | DÍA 14 MES 10 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA             | DIRECCIÓN                  |                        |
| TECNICO SISTEMAS  | SIVIM CAMI PARIS GAITAN | KR 86 86 26                |                        |





# 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.

**Sideap<sup>2.0</sup>**

Última Actualización: 08-sep-2022

Fecha Validación: 02-mar-2023

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<br>DISEÑOS Y CONFECCIONES H.T. S.A. | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X   | PAÍS<br>Colombia                         |
| *DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                          | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>certificaciones@hernandotrujillo.com.coi |  |
| TELÉFONOS<br>4141440                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 12 MES 3 AÑO 1991 |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 1 AÑO 2013 |
| CARGO O CONTRATO<br>ANALISTA PROGRAMADOR              | DEPENDENCIA<br>DEPARTAMENTO DE SISTEMAS   | DIRECCIÓN<br>CL 14 62 18   |  |

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   | 22                    | 8     |
| Pública   | 8                     | 4     |
| Total     | 31                    | 1     |





# 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: 08-sep-2022

Fecha Validación: 02-mar-2023

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. - 08-sep-2022  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Claudia Sánchez F.

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