



# 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: 09-mar-2025

Fecha Validación: 11-mar-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>FORERO                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>GARCIA                           | NOMBRES<br>SANDRA MILENA                                                                                                                                    |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1121865171 | 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 3 MES JUN AÑO 1990<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Meta<br>CIUDAD Villavicencio                       |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>Cra 29 # 28-49 sur<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3115131243<br>EMAIL samifoga@gmail.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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO      Bachiller academico |           |  |     |      |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|---------------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO                  |           |  |     |      |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                             | DICIEMBRE |  | AÑO | 2007 |

### 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<br>ACADÉMICA           | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO<br>SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO                   | TERMINACIÓN<br>MES AÑO | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Especialización<br>universitaria | 2                          | X                 | ESPECIALIZACIÓN EN CONSULTORÍA EN<br>FAMILIA Y REDES SOCIALES | 11 2017                |                               |
| Universitaria                    | 10                         | X                 | TRABAJO SOCIAL                                                | 3 2015                 | 278061108-I                   |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 11/03/2025 10:40:58

1527181

Documento electrónico: 8aa4ad09127cbccff5aad444bbf3ef6bceef591cf0f9f618c6999d63334e41ad  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



# 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: 09-mar-2025

Fecha Validación: 11-mar-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                          | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| Diplomado Atención Centrada en el usuario | Politecnico Mayor        | 2024            | 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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

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 Sur Occidente E.S.E. | X                     |                                    | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |                       |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.           | servicio@subredsuroccidente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO      |                                    | FECHA DE RETIRO       |
| 6013849160                                                  | DÍA 27 MES 5 AÑO 2024 |                                    | DÍA 31 MES 1 AÑO 2025 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                          |                       |
| Líder Subproceso Servicio al Ciudadano                      | Servicio al ciudadano | Calle 9 n. 39- 46                  |                       |

| EMPLEO O CONTRATO                                            |                      |                                                     |                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                            | PÚBLICA              | PRIVADA                                             | PAÍS                 |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | X                    |                                                     | Colombia             |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                          |                      |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.          | calidadcentradaenelusuario@subredcentrooriente.gov. |                      |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO     |                                                     | FECHA DE RETIRO      |
| 3282828                                                      | DÍA 9 MES 8 AÑO 2023 |                                                     | DÍA 7 MES 4 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                           |                      |
| PROFESIONAL ESPECIALIZADO                                    | CALIDAD              | DIAGONAL 34 N° 5 - 43                               |                      |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 11/03/2025 10:40:58

1527181

Documento electrónico: 8aa4ad09127cbccff5aad444bbf3ef6bceef591cf0f9f618c6999d63334e41ad  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



# 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: 09-mar-2025

Fecha Validación: 11-mar-2025

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 Centro Oriente E.S.E. | X                                      |                                        | Colombia             |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO                              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD             |                      |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.                            | atussanblas@subredcentrooriente.gov.co |                      |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO                       |                                        | FECHA DE RETIRO      |
| 2091480                                                      | DÍA 17 MES 4 AÑO 2017                  |                                        | DÍA 5 MES 8 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA                            | DIRECCIÓN                              |                      |
| Trabajadora Social                                           | Oficina de Participación comunitaria y | cra 12 A Este No. 42A 36 sur           |                      |

| EMPLEO O CONTRATO                       |                                      |                            |                        |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                       | PÚBLICA                              | PRIVADA                    | PAÍS                   |
| Hospital departamental de Villavicencio | X                                    |                            | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                            | MUNICIPIO                            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                        |
| Meta                                    | Villavicencio                        | hospital@hdv.gov.co        |                        |
| TELÉFONOS                               | FECHA DE INGRESO                     |                            | FECHA DE RETIRO        |
| 3203498939                              | DÍA 8 MES 9 AÑO 2015                 |                            | DÍA 31 MES 12 AÑO 2016 |
| CARGO O CONTRATO                        | DEPENDENCIA                          | DIRECCIÓN                  |                        |
| Trabajadora Social                      | Atencion al usuario y trabajo social | cll 37 A No. 28 33         |                        |

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   | 0                     | 0     |
| Pública   | 8                     | 11    |
| Total     | 8                     | 11    |

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 11/03/2025 10:40:58

1527181

Documento electrónico: 8aa4ad09127cbccff5aad444bbf3ef6bceef591cf0f9f618c6999d63334e41ad  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



# 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: 09-mar-2025

Fecha Validación: 11-mar-2025

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. - 09-mar-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
SANDRA MILENA FORERO GARCIA 09/03/2025 18:47:38  
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