



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: 06-jul-2025

Fecha Validación: 08-jul-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SÁNCHEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SÁNCHEZ	NOMBRES MARTHA PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1030564593	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 20 MES NOV AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 88 F 72 33 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3154656264 EMAIL mpsanc@outlook.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			bachillerato academico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES NOVIEMBRE 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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Formación técnica	2	X	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1 2025	
Formación técnica	2	X	TECNICA PROFESIONAL EN ESTETICA COSMETOLOGICA	11 2014	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 08/07/2025 11:10:14

1574301

Documento electrónico: 407dcb982b3de20baf709165c1f7714ae7f0c082fb42dd3d41b7a46a8215323
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



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: 06-jul-2025

Fecha Validación: 08-jul-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Administración de medicamentos	Campus Fundación Académica	2025	45
Toma de muestras de laboratorio	Campus Fundación Académica	2025	45
Soporte vital Basico	Campus Fundación Académica	2025	45
Atencion integral a victimas de violencia sexual	Campus Fundación Académica	2025	45
Fundamentos del sistema de gestion de seguridad	sena	2023	40

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
Cobos Medical Center		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	comunicaciones@loscobosmc.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3143553459	DIA 2 MES 6 AÑO 2023		DIA 15 MES 1 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar de enfermería	los cobos	Ak 9 #131a-40, Usaquén, Bogotá,	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 08/07/2025 11:10:14

1574301

Documento electrónico: 407dcbb982b3de20baf709165c1f7714ae7f0c082fb42dd3d41b7a46a8215323
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



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: 06-jul-2025

Fecha Validación: 08-jul-2025

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	7
Pública	0	0
Total	1	7

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. - 06-jul-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

MARTHA PATRICIA SÁNCHEZ SÁNCHEZ 06/07/2025 16:02:35

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

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 08/07/2025 11:10:14

1574301

Documento electrónico: 407dcbb982b3de20baf709165c1f7714ae7f0c082fb42dd3d41b7a46a8215323
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3