



# 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: 18-dic-2025

Fecha Validación: 30-dic-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|  |  |   |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO<br>SÁNCHEZ   | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>GUZMÁN                           | NOMBRES<br>VIVIANA ANDREA   |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1233506549 | 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 9 MES ABR AÑO 1999<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                  |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 2 ESTE 43 23 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3025311107<br>EMAIL an6549san@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 BÁSICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TÍTULO      Bachiller académico |           |  |     |      |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|---------------------------------|-----------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO                  |           |  |     |      |  |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                             | DICIEMBRE |  | AÑO | 2016 |  |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO               | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| Técnico auxiliar de enfermería | FUMEFI SAS               | 2023            | 1200  |

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 30/12/2025 18:55:37

1696256

Documento electrónico: 13116fe4f35fdd23fb9f09f3815ed40a4607b316724b4ae8e3917843ebb8545d  
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: 18-dic-2025

Fecha Validación: 30-dic-2025

## 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<br>Clínica sep           | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>esc_estu_tec@yahoo.es |                  |
| TELÉFONOS<br>3202640686                    | FECHA DE INGRESO<br>DIA 2 MES 6 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 1 MES 12 AÑO 2023            |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de enfermería | DEPENDENCIA<br>Prestación de servicios   | DIRECCIÓN<br>Clínica sep                            |                  |

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                     | 6     |
| Pública   | 0                     | 0     |
| Total     | 0                     | 6     |

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 30/12/2025 18:55:37

1696256

Documento electrónico: 13116fe4f35fdd23fb9f09f3815ed40a4607b316724b4ae8e3917843ebb8545d  
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: 18-dic-2025

Fecha Validación: 30-dic-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. - 18-dic-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

VIVIANA ANDREA SÁNCHEZ GUZMÁN 18/12/2025 00:40:40

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: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 30/12/2025 18:55:37