



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CORDOBA	NOMBRES SANDRA MILENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52973680	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 2 MES MAY AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 33 20 12 ESTE TO 1 AP 301 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3133952929 EMAIL tabata_agatha@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 ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES AÑO
										X	NOVIEMBRE 2000

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	10	X	PSICOLOGIA	3 2015	150502

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Neuropsicología Clínica	Universidad de San Buenaventura	2024	84
Abordaje integral de la persona con consumo de	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2024	30

Firma electronica validador: null

492460

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

Página 1 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CURSO MISION MEDICA	La Secretaría Distrital de Salud, la Dirección de	2022	10
"Curso de Extensión en Salud Pública: EWARN:	INSTITUTO NACIONAL DESALUD	2021	3
HABILIDADES SOCIO EMOCIONALES	SECRETARIA DE LA MUJER	2021	40
EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA	secretaria de la mujer	2021	40
Curso básico de derechos humanos	Defensoría del Pueblo	2020	7
Capacitación en el paquete ASSIST-DIT	La Organización Panamericana de la Salud	2019	6

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
Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionalciudadano@scj.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013779595	DIA 1 MES 4 AÑO 2025		DIA 19 MES 11 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
CPS 895-2025	Dirección de responsabilidad penal	Av cl 26 57-83 torre 7 piso 14	

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



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 Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalciudadano@scj.gov.co	
TELÉFONOS 6013779595	FECHA DE INGRESO DIA 27 MES 5 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO CPS-1011-2024	DEPENDENCIA DIRECCION DE RESPONSABILIDAD	DIRECCIÓN Av Cl 26 57-83 torre 7 piso 14	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 4 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA 20 MES 3 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO CPS 4332-2023	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Calle 66 # 15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 9 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 26 MES 3 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO CPS 6085-2022	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Calle 66 # 15-41	

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 7 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 8 MES 9 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO CPS 7634-2021	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN Calle 66 # 15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 4 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO CPS 6397-2021	DEPENDENCIA VIGILANCIA Y SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CALLE 94 57-40	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN FEI "FAMILIA, ENTORNO, INDIVIDUO" REGIONAL BOGOTA DC	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fundacionfei.bogota@gmail.com	
TELÉFONOS 2309666	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 10 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO psicosocial especialista de area	DEPENDENCIA psicosocial	DIRECCIÓN diagonal 58 sur 29-18	

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



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 Clinica Neurorehabilitar	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dirfinanciera@neurorehabilitar.com	
TELÉFONOS 6017462085	FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 23 MES 10 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Terapeuta Acompañante	DEPENDENCIA Salud Mental	DIRECCIÓN Calle 79 No. 29C - 35	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA NEUROREHABILITAR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dirneurorehabilitar@gmail.com	
TELÉFONOS 7441121	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 11 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 21 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO psicologa terapauta acompañante	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN CALLE 79 29C 35	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD servimed ips	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servimed.ips@gmail.com	
TELÉFONOS 2989573	FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 5 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO psicologa clinca	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN calle 53n 73a 96	

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



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 CLINICA NEUROREHABILITAR		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dirfinanciera@neurorehabilitar.com		
TELÉFONOS 7441121	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 1 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DIA 29 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO psicologa terapeuta acompañante	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN calle 79 29c 35		

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	5	7
Pública	4	2
Total	9	10

Firma electronica validador: null

492460

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

Página 6 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
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: null