



# 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: 11-jul-2026

Fecha Validación: 14-jul-2026

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>SANCHEZ                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>DIAZ                             | NOMBRES<br>STEFANY ROCIO                                                                                                                                             |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1012453063 | 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 12 MES DIC AÑO 1997<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>DG 33 33 C 46 MZ 10 CA 14<br>PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca<br>CIUDAD Soacha TELEFONO 5793175<br>EMAIL stefany-sanchez@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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO      Bachiller Academica |           |  |     |      |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|---------------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO                  |           |  |     |      |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                             | DICIEMBRE |  | AÑO | 2014 |

### 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     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |  | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|------------------------|--|-------------|------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      |  | MES         | AÑO  | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 9             | X        | ENFERMERIA             |  | 7           | 2023 | 1012453063     |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                               | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------|-------|
| Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)              | Fudacion Nuestra Señora de la Esperanza | 2025            | 120   |
| Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis | Fudacion Nuestra Señora de la Esperanza | 2025            | 48    |

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/07/2026 10:58:41

1791390

Documento electrónico: 6f0086f4b55a857782e708a3187f7b351b142a8039118e5b1627566d7bbfefe0  
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: 11-jul-2026

Fecha Validación: 14-jul-2026

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                             | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------|-------|
| Soporte Vital Básico RCP (BLS)               | Fudacion Nuestra Señora de la Esperanza | 2025            | 48    |
| Victimas de violencia con agentes quimicos   | Subred Centro Oriente                   | 2025            | 6     |
| Administracion de medicamentos               | colegio colombiano de médicos generales | 2021            | 50    |
| Curso para la atencion integral de pacientes | Colegio colombiano de médicos generales | 2021            | 50    |
| Curso de toma de muestras de laboratorio     | Colegio colombiano de medicos generales | 2021            | 50    |
| Soporte vital básico BCLS                    | Colegio colombiano de medicos generales | 2021            | 50    |
| tecnico en enfermeria/Resolucion             | fundacion olga forero de olaya          | 2016            | 1800  |

## 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 Centro Oriente E.S.E. |                       | X                                             |                 | Colombia |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |                 |          |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.           | certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co |                 |          |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO      |                                               | FECHA DE RETIRO |          |
| 3045952563                                                   | DÍA 28 MES 8 AÑO 2023 |                                               | DÍA MES AÑO     |          |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                                     |                 |          |
| PROFESIONAL DE ENFERMERIA                                    | MISIONAL              | Diagonal 34 no 5-27                           |                 |          |

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/07/2026 10:58:41



# 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: 11-jul-2026

Fecha Validación: 14-jul-2026

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 ESE | X                     |                                       | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                             | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |                       |
| Bogotá D.C.                                              | Bogotá D.C.           | contactenos@subredsuroccidente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                | FECHA DE INGRESO      |                                       | FECHA DE RETIRO       |
| 3753569                                                  | DÍA 17 MES 1 AÑO 2017 |                                       | DÍA 29 MES 7 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO                                         | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                             |                       |
| Auxiliar de Enfermería                                   | Urgencias             | Calle 65d No 79c-90                   |                       |

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   | 6                     | 5     |
| Total     | 6                     | 5     |

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/07/2026 10:58:41



# 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: 11-jul-2026

Fecha Validación: 14-jul-2026

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. - 11-jul-2026  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
STEFANY ROCIO SANCHEZ DIAZ 11/07/2026 10:37:11  
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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 14/07/2026 10:58:41