



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social



Última Actualización: 15-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BELTRAN		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RIOS		NOMBRES YINA ANDREA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1016024982			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 4 MES FEB AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 110 A 20 15 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3132768552 EMAIL yrios.ips.hco@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			
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2006

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	ENFERMERIA	12 2012	1016024982

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social



Última Actualización: 15-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

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 Centro Oriente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 018000126488	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO PS 2401 2019 - ENFERMERA	DEPENDENCIA ASITENCIAL	DIRECCIÓN Diagonal 34 N° 5 – 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Gold Rh, empresa tercerizada del Insitute Nacional de Cancerologia		PÚBLICA PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@goldrh.com.co	
TELÉFONOS 3128128604	FECHA DE INGRESO DÍA 31 MES 12 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 8 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO profesional universitario I : enfermera	DEPENDENCIA asistencial hospitalario	DIRECCIÓN Calle 106 N° 54-73 Piso 6° Ed. Torre Baikal	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 018000126488	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 1 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO PS 0149 2018 - ENFERMERA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN Diagonal 34 N° 5 – 43	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social



Última Actualización: 15-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

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 Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 018000126488	FECHA DE INGRESO DIA 10 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 9 MES 1 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO PS 2101 2017 - ENFERMERA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN Diagonal 34 N° 5 - 43	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 018000126488	FECHA DE INGRESO DIA 7 MES 4 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 9 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO AS2016-61/2016 - ENFERMERA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN Diagonal 34 N° 5 - 43	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notificacionesjudiciales@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 3456789	FECHA DE INGRESO DIA 16 MES 11 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO 06362 - Apoyo profesional Enfermería	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN CALLE 67 A SUR NO. 18 C - 12	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social



Última Actualización: 15-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

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 Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD notificacionesjudiciales@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="7"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO 04497 - ENFERMERA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CALLE 67 A SUR NO. 18 C - 12	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Integración Social	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD integracion@sdis.gov.co
TELÉFONOS 3202020	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO 3.451 - 29/01/2015 - PRESTACION DE	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN CARRERA 7 32 16	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital de Integración Social	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD integracion@sdis.gov.co
TELÉFONOS 3202020	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="3"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO 10.069 - 25/09/2014 - PRESTACION DE	DEPENDENCIA ENFERMERA	DIRECCIÓN CARRERA 7 32 16	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social



Última Actualización: 15-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

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	4	11
Total	5	6

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. - 15-dic-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Yina Rios

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