



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: 17-ene-2023

Fecha Validación: 17-ene-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LAVERDE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARIAS	NOMBRES YOLANDA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 65713433	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 5 MES JUL AÑO 1968 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Lérica		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 12 A #71 B - 60 casa 144 Jardines de Alsacia PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5211802 EMAIL laverdeyolanda@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 Bachiller Académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE	AÑO	1987

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
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	11 2020	65713433
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12 2018	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER	2020	1800
SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO	S.O.S CENTRO DE CAPACITACION EN	2019	40
SOPORTE VITAL BASICO	S.O.S. CENTRO DE CAPACITACION EN	2019	20



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: 17-ene-2023

Fecha Validación: 17-ene-2023

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TECNOLOGO DE GESTION COMERCIAL Y DE	UNAD	2001	3500
AUXILIAR DE ADMINISTRACION FINANCIERA	CEADS CENTRO DE ALTOS ESTUDIOS EN	1992	240

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 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 talentohumano9subrednorte@gmail.com	
TELÉFONOS 3499080	FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 8 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Profesional de Enfermería	DEPENDENCIA medicina interna	DIRECCIÓN calle 163 7-06	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Innovar Salud	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@innovarsalud.com.co	
TELÉFONOS 3173830286	FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 4 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCIÓN Cra 49d # 91-60	



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: 17-ene-2023

Fecha Validación: 17-ene-2023

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 Mederi	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano@mederi.com.co	
TELÉFONOS 4877070	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 1 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 28 MES 4 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Aux de enfermería	DEPENDENCIA enfermería	DIRECCIÓN Calle 66ª # 52-25	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SaludCoop	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ldcarbalm@esimed.com	
TELÉFONOS 6511000	FECHA DE INGRESO DIA 21 MES 11 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DIA 16 MES 3 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Av Calle 116 #21-37	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD BHM SOLUCIONES S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comercial@bhmttrans.com	
TELÉFONOS 6102877	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 4 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DIA 13 MES 11 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO aux enfermería	DEPENDENCIA ENFERMERIA	DIRECCIÓN Carrera 54 # 79B – 33	



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: 17-ene-2023

Fecha Validación: 17-ene-2023

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 Hospital especializado granja integral	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Lérida	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ventanillaunica@hegranjalerida.org	
TELÉFONOS 7894163202485652	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 6 AÑO 1989		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 7 AÑO 2003
CARGO O CONTRATO Aux. administración financiera	DEPENDENCIA Administración	DIRECCIÓN Cra 43#6-33	

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	6	3
Pública	17	6
Total	23	9



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: 17-ene-2023

Fecha Validación: 17-ene-2023

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. - 17-ene-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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