



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: 02-mar-2023

Fecha Validación: 02-mar-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RINCON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ECHEVERRIA	NOMBRES YINIS TATIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52999961	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 MAY AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 89C N° 112 G -24 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4317293 EMAIL tatianarincon4@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 ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE		AÑO	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
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL	12 2018	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12 2005	16376

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ABORDAJE INTEGRAL A VICTIMAS DE	SECRETARIA DE SALUD BOGOTA	2021	70
SOPORTE VITAL BASICO BLS Y MANEJO DEL	SABERSALUD	2021	20
TOMA, CONSERVACION Y TRANSPORTE DE	SABERSALUD	2021	40



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: 02-mar-2023

Fecha Validación: 02-mar-2023

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO VIRTUAL PARA LA	FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	2021	150
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS	CENTRO DE ESTUDIOS FLORENCE	2019	40
IAMI	SUBRED CENTRO ORIENTE	2019	30
CAPACITACION DE INSERCIÓN Y REMOCIÓN	FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE	2018	4
DETECCION TEMPRANA DEL CANCER DE	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	2018	8
ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA Y	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA	2017	16
ACTUALIZACION EN TOMA DE CITOLOGIA	SALUD	2017	40
Profesional de Servicio Superior	E.S.E HOSPITAL SAN CRISTOBAL	2009	16
MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES	SECRETARIA DE SALUD	2009	32
Actualización en tecnovigilancia	SENA	2008	30
Implementación de las estrategias de salud	E.S.E Hospital San Cristobal	2008	45
Preparación para la maternidad y paternidad Un	Secretaria de Salud de Bogotá	2007	20
Formación de asesores para servicios de Salud	Proyecta Integra	2007	16

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 Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.subrednorte@gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DÍA 22 MES 3 AÑO 2022		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	PIC	Calle 66 No. 15-41	



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: 02-mar-2023

Fecha Validación: 02-mar-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 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 WWW.SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DIA 18 MES 3 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN DG 34 No. 5 34	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD COLSUBSIDIO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD WWW.COLSUBSIDIO.COM.CO	
TELÉFONOS 7447575	FECHA DE INGRESO DIA 24 MES 10 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 8 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN CL 26 25 50	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.hospitalsancristobal.gov.co	
TELÉFONOS 2091480	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 7 AÑO 2007	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN CL 22 SUR No. 8 85	



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.

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 02-mar-2023

Fecha Validación 02-mar-2023

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	15	6
Total	15	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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 02-mar-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