



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: 18-oct-2022

Fecha Validación: 12-feb-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO COY	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ORTIZ	NOMBRES YOMARA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 33219061	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 1 MES FEB AÑO 1976 PAÍS Colombia DEPTO Bolívar CIUDAD Mompós		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cl 3 sur 69 d 34 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4756954 EMAIL yomaortiz13@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 agropecuario con énfasis en	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE	AÑO 1995

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PAI	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2019	8
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2018	40
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	CEDEP	2001	1800



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: 18-oct-2022

Fecha Validación: 12-feb-2023

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 Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		yomaortiz13@hotmail.com			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3753569	DIA 3	MES 12	AÑO 2021	DIA 8	MES 4	AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA		CALLE 9 # 39 - 46			

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
HOSPITAL VISTA HERMOS E.S.E	X		Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		contactenos@subredsur.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
7300000	DIA 20	MES 4	AÑO 2011	DIA 31	MES 7	AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
APOYO TECNICO AUXILIAR DE	SALUD PUBLICA		CL 76 B Sur 7 64			

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
MEDCOM LIMITADA		X	Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
2453401	DIA 5	MES 7	AÑO 2005	DIA 30	MES 3	AÑO 2006
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR		CL 39 B 18 A 11			



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: 18-oct-2022

Fecha Validación: 12-feb-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 PROHUMANSS		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD prohumanos@sky.net.co
TELÉFONOS 4820043	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 11 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA VACUNACION	DIRECCIÓN KR 56 127 B 12	

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	10
Pública	5	7
Total	6	5



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: 18-oct-2022

Fecha Validación: 12-feb-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. - 18-oct-2022

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Yomara Loy Ortiz
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