



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: 29-sep-2024

Fecha Validación: 11-oct-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUEVEDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TAFUR	NOMBRES ANDRES FELIPE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1026597545	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES ABR AÑO 1999 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 89 A 46 45 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6014791891 EMAIL andres.tafur07@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 Académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES JULIO	AÑO 2015

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	PSICOLOGIA	6 2021	246881

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO EN GESTION DEL TALENTO	POLITECNICO DE COLOMBIA	2020	120
DIPLOMADO EN PSICOLOGIA PENITENCIARIA	UNIVERIDAD EL BOSQUE	2020	100

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 11/10/2024 10:50:04

1398430

Documento electrónico: cc591c8e1f1daa4cd4ec05fa0be8cdf08f19974ccd2fb00ac53bbb6daf4348c7
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: 29-sep-2024

Fecha Validación: 11-oct-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO EN PROGRAMACIÓN	POLITECNICO SUPERIOR DE COLOMBIA	2020	120

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 E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	thumanosubredsurs@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017300000	DIA 12 MES 10 AÑO 2022		DIA 31 MES 5 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
psicologo	GESTION DEL RIESGO	Cl. 68b Sur # 9a 29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
KOBA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Sibaté	adriana.quintana@koba-group.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
8269800	DIA 23 MES 12 AÑO 2020		DIA 26 MES 1 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Practicante de Selección y Reclutamiento	Talento Humano	Vereda Chacua, Km 2 vía autopista Sur	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 11/10/2024 10:50:04

1398430

Documento electrónico: cc591c8e1f1daa4cd4ec05fa0be8cdf08f19974ccd2fb00ac53bbb6daf4348c7
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 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: 29-sep-2024

Fecha Validación: 11-oct-2024

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
INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO CARCELARIO	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Cáqueza	soraida.salcedo@campusucc.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3125867226	DÍA 24 MES 8 AÑO 2020		DÍA 25 MES 11 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PRACTICA PSICOSOCIAL	Área de atención y tratamiento	INPEC CAQUEZA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	consultoriospsicologicos@campusucc.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013323565	DÍA 1 MES 2 AÑO 2020		DÍA 1 MES 6 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Practicante Psicología Clínica	Programa de psicología	Cra 9 No. 172 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	1	5
Pública	1	10
Total	3	3

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 11/10/2024 10:50:04

1398430

Documento electrónico: cc591c8e1f1daa4cd4ec05fa0be8cdf08f19974ccd2fb00ac53bbb6daf4348c7
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 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: 29-sep-2024

Fecha Validación: 11-oct-2024

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. - 29-sep-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ANDRES FELIPE QUEVEDO TAFUR 29/09/2024 12:54:16
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

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 11/10/2024 10:50:04