



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: 06-nov-2025

Fecha Validación: 10-nov-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TABORDA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CORONADO	NOMBRES YENIFER AIDE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 53123047	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 8 MES ENE AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia CIUDAD Copacabana		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 80 D SUR 56 85 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 1111111 EMAIL sofiangel85@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			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2010

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO EN COSTOS	POLITECNICO DE COLOMBIA	2024	120
APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD	SENA	2018	500
TECNICAS DE OFICINA	SENA	2012	50

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 10/11/2025 09:53:20

1658831

Documento electrónico: 6cc278e3484637a627c7b49634b074f6e07a98b2fc0a976e2e86f71760970856
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



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: 06-nov-2025

Fecha Validación: 10-nov-2025

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 Establecimiento Conjunto ARC-FAC	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD jader.lozano@armada.mil.co	
TELÉFONOS 6013487030	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 7 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 8 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD	DEPENDENCIA ADMINISTRACION	DIRECCIÓN Cra. 58 #9-67	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Estudios E Inversiones Medicas S A Esimed S A	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD clientes@informacolombia.com	
TELÉFONOS 7957155	FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 4 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 7 MES 6 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD	DEPENDENCIA ADMINISTRACION -LINEA DE FRENTE	DIRECCIÓN AUTOPISTA NORTE N 108 27 TORRE 3	

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

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 10/11/2025 09:53:20

1658831

Documento electrónico: 6cc278e3484637a627c7b49634b074f6e07a98b2fc0a976e2e86f71760970856
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



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: 06-nov-2025

Fecha Validación: 10-nov-2025

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	2
Pública	3	2
Total	4	4

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. - 06-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
YENIFER AIDE TABORDA CORONADO 06/11/2025 15:03:13
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: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 10/11/2025 09:53:20

1658831

Documento electrónico: 6cc278e3484637a627c7b49634b074f6e07a98b2fc0a976e2e86f71760970856
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3