



# 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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>URUETA                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>DIAZ                             | NOMBRES<br>LILIANA ANDREA                                                                                                                                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1143255643 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                      |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                            |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 15 MES SEP AÑO 1995<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Atlántico<br>CIUDAD Barranquilla                  |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 1811061<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9091328<br>EMAIL lilianauruetadiaz@outlook.es |

## 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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO      bachiller comercial |           |  |     |      |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|---------------------------------|-----------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO                  |           |  |     |      |  |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                             | DICIEMBRE |  | AÑO | 2012 |  |

### 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 GERENCIA DE LA SALUD  | 9 2023              |                            |
| Universitaria                 | 8                       | X              | ENFERMERIA                               | 7 2017              | 1143255643                 |

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 29/08/2025 10:30:14

1612428

Documento electrónico: 38344517c93d5aca4be4f7558e72c7d0edd3b1207ca8af1cc49cf344286a2f23  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|
|------------------|--------------------------|-----------------|-------|

## 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |                                           | PÚBLICA<br>X                                                   | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>CONTACTANOS@SUUROCCIDENTE.GOV.CO |                                          |                  |
| TELÉFONOS<br>3682246                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 10 MES 9 AÑO 2021 |                                                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 17 MES 6 AÑO 2024 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>ENFERMERA                                                    | DEPENDENCIA<br>SALUD PUBLICA              | DIRECCIÓN<br>CALLE 19-34-94                                    |                                          |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                               |                                                   |                                                       |                                          |                  |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Secretaría Distrital de Integración Social |                                                   | PÚBLICA<br>X                                          | PRIVADA                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                     | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>integracion@sdis.gov.co |                                          |                  |
| TELÉFONOS<br>3279797                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 6 AÑO 2020          |                                                       | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 10 MES 9 AÑO 2021 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>6497/2020                                   | DEPENDENCIA<br>subdirección local de rafael uribe | DIRECCIÓN<br>Carrera: 7 # 32 -12                      |                                          |                  |

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 29/08/2025 10:30:14

1612428

Documento electrónico: 38344517c93d5aca4be4f7558e72c7d0edd3b1207ca8af1cc49cf344286a2f23  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-2025

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 Centro Oriente E.S.E. | X                     |                                      | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |                       |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.           | subcentrooriente@saludcapital.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO      |                                      | FECHA DE RETIRO       |
| 3813000                                                      | DÍA 19 MES 7 AÑO 2019 |                                      | DÍA 18 MES 8 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                            |                       |
| ps 4462 2019                                                 | ninguna               | cra 8# 10-65                         |                       |

| EMPLEO O CONTRATO                                            |                      |                                      |                       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                            | PÚBLICA              | PRIVADA                              | PAÍS                  |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | X                    |                                      | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                 | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD           |                       |
| Bogotá D.C.                                                  | Bogotá D.C.          | subcentrooriente@saludcapital.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                                    | FECHA DE INGRESO     |                                      | FECHA DE RETIRO       |
| 3444484                                                      | DÍA 8 MES 4 AÑO 2019 |                                      | DÍA 22 MES 6 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO                                             | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                            |                       |
| ps 3968 2019                                                 | ninguna              | cra 8# 10-65                         |                       |

| EMPLEO O CONTRATO |                       |                                   |                        |
|-------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA               | PRIVADA                           | PAÍS                   |
| sermultisalud     |                       | X                                 | Colombia               |
| DEPARTAMENTO      | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD        |                        |
| Cesar             | Agustín Codazzi       | admisionessermultisalud@gmail.com |                        |
| TELÉFONOS         | FECHA DE INGRESO      |                                   | FECHA DE RETIRO        |
| 3166930037        | DÍA 13 MES 8 AÑO 2018 |                                   | DÍA 12 MES 12 AÑO 2018 |
| CARGO O CONTRATO  | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                         |                        |
| enfermera jefe    | ninguna               | calle 14 # 13-05                  |                        |

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 29/08/2025 10:30:14

1612428

Documento electrónico: 38344517c93d5aca4be4f7558e72c7d0edd3b1207ca8af1cc49cf344286a2f23  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-2025

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<br>sermultisalud | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cesar              | MUNICIPIO<br>Agustín Codazzi              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>admisionessermultisalud@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3166930037            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 10 MES 8 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 9 MES 8 AÑO 2018                         |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>enfermera sso  | DEPENDENCIA<br>ninguna                    | DIRECCIÓN<br>calle 14# 13-05                                    |                  |

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                     | 4     |
| Pública   | 4                     | 4     |
| Total     | 5                     | 8     |

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 29/08/2025 10:30:14

1612428

Documento electrónico: 38344517c93d5aca4be4f7558e72c7d0edd3b1207ca8af1cc49cf344286a2f23  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 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: 28-ago-2025

Fecha Validación: 29-ago-2025

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. - 28-ago-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
LILIANA ANDREA URUETA DIAZ 28/08/2025 13:46:07  
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