



# 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: 17-sep-2025

Fecha Validación: 18-sep-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARQUINEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ANGULO	NOMBRES YULIANA MAYERLY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1030562287	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 31 MES MAY AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 88 F BIS 53 A 16 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8104971 EMAIL yulimara31@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 DICIEMBRE	AÑO 2006

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
técnico laboral en auxiliar de enfermería	instituto de capacitación técnico laboral santafé de	2006	32767

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 18/09/2025 15:40:36

1622017

Documento electrónico: ab04868c8bfcff0f804665b75b4416c60bab70ab930a9fd39b9eb90ba1800ec9  
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: 17-sep-2025

Fecha Validación: 18-sep-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 Colsubsidio	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD serviciocliente.servicioscompartidos@colsubsidio.com	
TELÉFONOS 7447575	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 7 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 29 MES 9 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Apoyo profesional en salud y nutrición	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN calle 24c N° 25 - 88	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HQ5 (EPS Famisanar)	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@hq5.com.co	
TELÉFONOS 4322878	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 1 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 4 MES 6 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de acceso	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN calle 52a N°18-73	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 18/09/2025 15:40:36

1622017

Documento electrónico: ab04868c8bfcff0f804665b75b4416c60bab70ab930a9fd39b9eb90ba1800ec9  
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: 17-sep-2025

Fecha Validación: 18-sep-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 Enlazamos	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@enlazamos.com	
TELÉFONOS 2088388	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 8 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO auxiliar de referencia	DEPENDENCIA call center	DIRECCIÓN carrera 10 # 26 - 71	

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	0	0
Total	1	2

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 18/09/2025 15:40:36



# 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: 17-sep-2025

Fecha Validación: 18-sep-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. - 17-sep-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
YULIANA MAYERLY MARQUINEZ ANGULO 17/09/2025 09:30:24  
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: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 18/09/2025 15:40:36