



# 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: 24-sep-2025

Fecha Validación: 01-oct-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LOPEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) QUIÑONEZ	NOMBRES EVELIN JULIETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1012362932	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 10 MES MAR AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 57 C SUR 81 D 01 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5193518 EMAIL evelin.jlopez@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2007

### 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 AUDITORIA DE SALUD	9 2018	
Universitaria	9	X	ENFERMERÍA	9 2013	37266

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 01/10/2025 08:55:27

1629440

Documento electrónico: 9459ea1f3ed97c404e02df84307012f361ddcd47f30cb507e3fc5988d20a60fa  
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: 24-sep-2025

Fecha Validación: 01-oct-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
REALIZACION DE PRUEBAS RAPIDAS DE HIV , POCT	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2025	16
TOMA Y ASESORIA PRE Y POST PRUEBA AIEPI COMUNITARIO	CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y AFORSALUD	2024	40
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	CENTRO DE CAPACITACIONES EN URGENCIAS AFORSALUD	2024	20
TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA	AFORSALUD	2024	40
INSERCIÓN Y RETIRO DE DISPOSITIVO	AFORSALUD	2024	40
INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE	AFORSALUD	2024	40
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUE	AFORSALUD	2023	40
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO	AFORSALUD	2023	40
	AFORSALUD	2021	48

## 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
inglés	X				X		X		

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.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7560505	DIA 27 MES 10 AÑO 2021		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera profesional	Salud Publica	calle 9 # 39 46	

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 01/10/2025 08:55:27

1629440

Documento electrónico: 9459ea1f3ed97c404e02df84307012f361ddcd47f30cb507e3fc5988d20a60fa  
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: 24-sep-2025

Fecha Validación: 01-oct-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 Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredsur@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7660660	DÍA 6 MES 7 AÑO 2020		DÍA 31 MES 10 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
enfermera	salud publica	CR 20 47B-35 SUR	

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.	contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DÍA 23 MES 7 AÑO 2018		DÍA 30 MES 9 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Bogota	Carrera 20 # 47 B -35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL PABLO VI BOSA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	registrosuroccidente@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7560505	DÍA 13 MES 2 AÑO 2015		DÍA 15 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
enfermera	BOGOTA	calle 65 d sur N° 79 C -90	

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 01/10/2025 08:55:27

1629440

Documento electrónico: 9459ea1f3ed97c404e02df84307012f361ddcd47f30cb507e3fc5988d20a60fa  
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: 24-sep-2025

Fecha Validación: 01-oct-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	0	0
Pública	6	11
Total	6	11

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. - 24-sep-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ 24/09/2025 21:14:27  
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: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 01/10/2025 08:55:27

1629440

Documento electrónico: 9459ea1f3ed97c404e02df84307012f361ddcd47f30cb507e3fc5988d20a60fa  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4