

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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LOPEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RETAMOSO	NOMBRES YULIETH	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 49778010		SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NUMERO _____ D.M _____	

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									TITULO	BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA				SECUNDARIA			MEDIA	FECHA DE GRADO					
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO
									<input checked="" type="checkbox"/>				1993

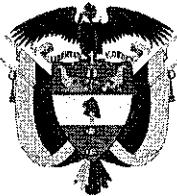
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO MÉDICO SANITARIO	6	2024	
Maestría	4	X		MAESTRIA EN CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD	5	2019	
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD	9	2011	
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	12	1998	05170



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.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Fundamentos de Policía Judicial	Dirección de Altos Estudios Fiscalía General de la	2025	120
DIPLOMADO CERTIFICACIÓN EN BUENAS	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	2023	96
Docencia universitaria	Pontificia Universidad Javeriana	2022	100
COACHING GERENCIAL	UNIVERSIDAD DE LA SABANA	2019	80
ESTÁNDARES SUPERIORES DE CALIDAD	SENA - ACESI	2018	48
SISTEMA UNICO DE ACREDITACION	UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE D	2016	192
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE	UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE	2016	192
Seguridad del Paciente	ICONTEC	2016	116
AUDITORIA INTERNA	UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDANO	2011	90
VERIFICADORES DE CUMPLIMIENTO DE	UNIVERSIDAD EL BOSQUE	2008	150

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

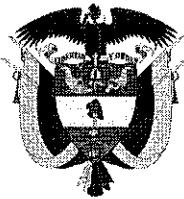
3

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 <input checked="" type="checkbox"/> X	PRIVADA	PAÍS Colombia								
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			talentohumano@supersalud.gov.co								
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
6017224000	DIA	3	MES	2	AÑO	2025	DIA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN								
Profesional Especializado	Delegada para Prestadores de Servicios			Carrera 68A N°. 24B - 10								

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 15:27:24



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-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 Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6014431790	DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>	DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2025"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Subgerente de Prestación de Servicios	Gerencia	Cl. 66 #1541	

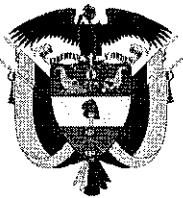
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ylopez1@fuccsalud.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
5713538100	DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>	DIA <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Docente hora catedra	Facultad Administración en Salud	Cra 19 N 8A 32	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Superintendencia Nacional de Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ylopez@supersalud.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7442000	DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>	DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Delegada para la Supervisión Institucional	Edificio Plaza Claro	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 15:27:24

1654701

Documento electrónico: d807e4f76c1c09d8bc49b2ded7ff002ce0f86b95e6037a5bb112a18335213ce Página 3 de 7
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

3 — EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subgersalud@subredssuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3014897387	DIA 24 MES 4 AÑO 2017	DIA 31	MES 3 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Subgerente de Prestación de Servicios	Gerencia	Calle 9 No. 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Superintendencia Nacional de Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ylopez@supersalud.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
4817000	DIA 8 MES 4 AÑO 2016	DIA 23	MES 4 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Delegada para la Supervisión Institucional	Av Ciudad de Cali N 51 - 66	

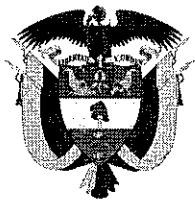
EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Vista Hermosa	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestionhumana@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
7300000	DIA 1 MES 12 AÑO 2015	DIA 7	MES 4 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Subgerente de Servicios de Salud	Gerencia	Calle 67A Sur N 18C - 12	

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 15:27:24. RIC

1654701

Documento electrónico: d807e4f76c1c09d8bc49b2ded7ff002ce0fea6695e6037a5bb112a18335213ce Página 4 de 7
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

3

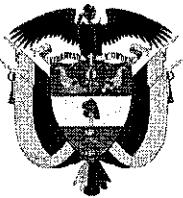
EXPERIENCIA LABORAL

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
HOSPITAL VISTA HERMOSA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yuliethlopez53@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3215184560	DIA 16 MES 10 AÑO 2013	DIA 30	MES 11 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ASESOR DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS	GERENCIA	CALLE 67A SUR N 18C - 12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Superintendencia Nacional de Salud	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	yuliethlopez53@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3215184560	DIA 2 MES 5 AÑO 2013	DIA 15	MES 10 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional Especializado	Delegada Protección al Usuario	Av Ciudad de Cali N 51 - 66	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Vista Hermosa	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestionhumana@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3215184560	DIA 23 MES 5 AÑO 2012	DIA 1	MES 5 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Subgerente de Servicios de Salud	Gerencia	Calle 67A Sur N 18C - 12	



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-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			
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	X		Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		gerencia@eserafaeluribe.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
3215184560	DIA <input type="text" value="9"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="2010"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="4"/>	AÑO <input type="text" value="2012"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 8	MERCADEO Y COMUNICACIONES		CRA 13 NO 26A 34 SUR			

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EPS S	X		Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		mutualiser@mutualiser.org			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
3215184560	DIA <input type="text" value="4"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2001"/>	DIA <input type="text" value="30"/>	MES <input type="text" value="12"/>	AÑO <input type="text" value="2010"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
COORDINADORA REGIONAL DE	GERENCIA REGIONAL		AV EL CABRERO NO 1 56			

4 — TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

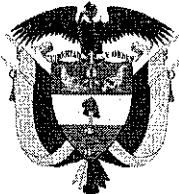
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	10	5
Pública	13	11
Total	23	3

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 15:27:24

1654701

Documento electrónico: d807e4f76c1c09d8bc49b2ded7ff002ce0fea6b95e6037a5bb112a18335213ce Página 6 de 7
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-oct-2025

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSAS 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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5º. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 30-oct-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

YULIETH LOPEZ RETAMOSO 30/10/2025 08:29:08

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTÁTADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 15:27:24

1654701

Documento electrónico: d807e4f76c1c09d88e49b2ded7ff002ce0fea6b95e6037a5bb112a18335213ce Página 7 de 7
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

