

# 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

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RUBIANO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MARTINEZ	NOMBRES LILIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 53076368	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.		

2

## FÓRMACIÓN 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 ACADEMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										<input checked="" type="checkbox"/>	NOVIEMBRE	2002

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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)

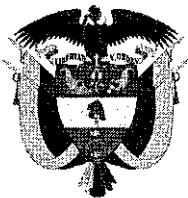
MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD	1 2017	
Universitaria	9	X	ENFERMERÍA	7 2014	53076368

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 13:09:11

1654820

Documento electrónico: 55b1e6b31fc737058539eb064a05a7d4b21b9f4a6104e3d7c3232e1d05806da  
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: 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
XVII Simposio Institucional " Explorando	Riesgo de fractura	2025	14
Reprocesamiento de endoscopios flexibles	Johnson & Johnson Medical Innovation	2017	7
IX Jornada Distrital de Control de la Tuberculosis y	Secretaría Distrital de Salud	2016	16
XV Seminario de Bioseguridad	Compensar	2016	8
XIX Congreso Nacional de enfermería	Asociación Nacional de enfermeras de Colombia	2011	16
XVI Encuentro de Salud mental	Universidad Nacional de Colombia	2011	14

## 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	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.	piandamejora@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DÍA 27 MES 5 AÑO 2025		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional especializado III Líder	Oficina de calidad	Cra. 6a #117 B-14	

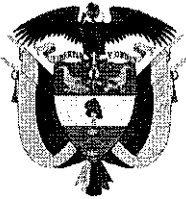
Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 13:09:11

1654820

Pc

Documento electrónico: 55b1e6b31fc737058539eb064a05a7d4b21b9f4a6104e3d7c3232e1d05806da  
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.

**Sideap** 2.0

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
Riesgo de Fractura		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	marcelarubianomartinez@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6446800	DIA 15 MES 10 AÑO 2024		DIA 28 MES 4 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Coordinadora programas integrales	Dirección de modelos integrales	Cra 20B 74-46	

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.	marcelarubianomartinez@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DIA 7 MES 3 AÑO 2023		DIA 30 MES 9 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera dinamizadora	Dirección de urgencias	Transversal 100 A # 80 A - 50	

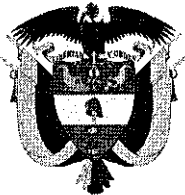
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	unidadfuncionalphsur@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DIA 28 MES 7 AÑO 2020		DIA 4 MES 10 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Lider programa de APH	Dirección de urgencias	Carrera 24C # 54 - 47 Sur	

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 13:09:11

1654820

Documento electrónico: 55b1e6b31fc737058539eb064a05a7d4b21b9f4a6104e3d7c3232e1d005806da  
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: 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 E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dirhospituarios@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4000000	DÍA 19 MES 3 AÑO 2019		DÍA 31 MES 7 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
profesional especializado	dirección hospitalario	calle 9 39 46	

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.	marcelarubianomartinez@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725810	DÍA 5 MES 9 AÑO 2016		DÍA 31 MES 8 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera ref de Comité de IAAS / Salud	Dirección gestión del riesgo en Salud	Diagonal 39 Sur No. 3 – 20 Este	

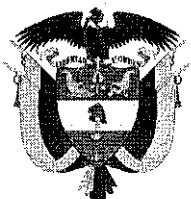
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE OCCIDENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Valle del Cauca	Calí	lmarce26@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3207198755	DÍA 14 MES 1 AÑO 2015		DÍA 15 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Epidemiología	Calle 5 86-00	

Firma electrónica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 13:09:11

1654820

Documento electrónico: 55b1e6b31fc737058539eb064a05a7d4b21b9f4a6104e3d7c3232e1d05806da  
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: 30-oct-2025

Fecha Validación: 30-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	6
Pública	9	6
Total	10	0

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. - 30-oct-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ 30/10/2025 10:55:17

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: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 30/10/2025 13:09:11

1654820

Documento electrónico: 55b1e6b31fc737058539eb064a05a7d4b21b9f4a6104e3d7c3232e1d05806da  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5

