

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 RUBIANO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MARTINEZ	NOMBRES LILIANA MARCELA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 53076368		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 BASICA										TITULO	BACHILLER ACADEMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	<input checked="" type="checkbox"/>	MES	NOVIEMBRE	AÑO
													2002

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).

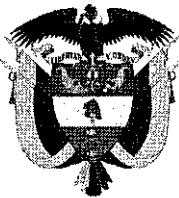
MG (MAESTRIA O MAGISTER).

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 TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA 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



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

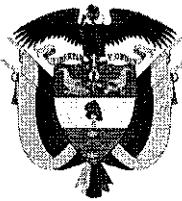
3

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.	plandemejora@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
4431790	DIA <input type="text" value="27"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2025"/>	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional especializado III Líder	Oficina de calidad	Cra. 6a #117 B-14	

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



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

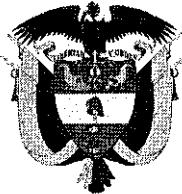
EXPERIENCIA LABORAL

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
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 <input type="text" value="15"/>	MES <input type="text" value="10"/>	AÑO <input type="text" value="2024"/>
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 <input type="text" value="7"/>	MES <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="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.		unidadfuncionalaphsur@subredsur.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7300000	DIA <input type="text" value="28"/>	MES <input type="text" value="7"/>	AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
Lider programa de APH	Dirección de urgencias		Carrera 24C # 54 - 47 Sur



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	RETIRO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		dirhospitalarios@subredsuroccidente.gov.co
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
4000000	DIA 19 MES 3 AÑO 2019	DIA 31 MES 7 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
profesional especializado	dirección hospitalario	calle 9 39 46	

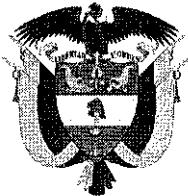
EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	RETIRO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		marcelarubianomartinez@gmail.com
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3725610	DIA 5 MES 9 AÑO 2016	DIA 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	RETIRO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	Cali		lmarce26@hotmail.com
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3207198755	DIA 14 MES 1 AÑO 2015	DIA 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



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	
	ANOS	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 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 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

(Caja vacía para observaciones)

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: 55b1e6b31fc737058539eb064a05a7d4b21b9f4af104e3d7c3232e1d05806da Página 5 de 5
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

