



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: 03-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VALDERRAMA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MEDINA	NOMBRES LINDA KATHERINE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52525059	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 16 MES MAR AÑO 1979 PAÍS Colombia DEPTO Valle del Cauca CIUDAD Cali		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 715448 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4791379 EMAIL lindaangel79@hotmail.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 ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE		AÑO	1996

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	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 PSICOPEDAGOGIA ESPECIAL	9 2013	52525059
Universitaria	8	X	TERAPIA OCUPACIONAL	7 2005	52525059

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



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: 03-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 10 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO CPS 9115-2021	DEPENDENCIA Proyectos de Inversión Local		DIRECCIÓN Calle 66 No. 15-41

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNION TEMPORAL MIMUTO DE DIOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD proyectojuntosutmd@uniminuto.edu	
TELÉFONOS 2916534	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 4 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA PROYECTOS		DIRECCIÓN CL 81 B 72B 55

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED SUR OCCIDENTE DE SALUD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD epublicosuroccidente@gmail.com	
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 9 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA		DIRECCIÓN CL 9 39-46



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: 03-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

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 OPCION VIDA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD OPCIONVIDA@OPCOLOMBIA.ORG	
TELÉFONOS 2497636	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 9 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DIA 28 MES 2 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA PROYECTOS	DIRECCIÓN CL 52 9-14	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD MILITAR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD asecum@umng.edu.co	
TELÉFONOS 2757300	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 2 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DIA 6 MES 5 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA PROYECTOS	DIRECCIÓN CLL 11 101 80	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CORFAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD adminisgrativo.corfas@gmail.com	
TELÉFONOS 2121088	FECHA DE INGRESO DIA 7 MES 5 AÑO 2007	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO TERAPEUTA OCUPACIONAL	DEPENDENCIA PROYECTOS	DIRECCIÓN CL 54-10-81	



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: 03-dic-2021

Fecha Validación: 15-dic-2021

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
ASOCIACION CRISTIANA NUEVO NACIMIENTO		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	asociacion-cristiana-nuevo-nacimiento-bogota/worker	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2848059	DÍA 1 MES 8 AÑO 2006		DÍA 10 MES 5 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	PROYECTOS	CR 18 14 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	3	5
Pública	12	0
Total	14	9

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. - 03-dic-2021
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



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: 03-dic-2021

Fecha Validación:15-dic-2021

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