FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LOPEZ	MARTINEZ	LINA CONSTANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 42160152

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES MAY AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Caldas

CIUDAD Manizales

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 37 A 9 -52

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3163603399

EMAIL linaaiepi@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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2000	
										X					

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	4	X		ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD	9	2009	
Universitaria	9	X		ENFERMERIA	9	2006	20923

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
SEMINARIO TALLER PLAN DECENAL DE SALUD	FUNDASURERIO / SECRETARIA DE SALUD Y	2022	8
FORO NACIONAL ELEMENTOS CENTRALES DE	ASOCIACION COLOMBIANA DE EMPRESAS	2022	7
DIPLOMADO EN DESARROLLO E	CORPORACION COLOMBIANA DE SECRETARIOS	2022	120
XIX CONGRESO GOBERNAR SALUD /	FUNDASUPERIOR	2022	16
CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	2022	40
DIPLOMADO EN CONSTRUCCION DE MODELOS	ASOCIACION COLOMBIANA DE EMPRESAS	2022	120
SERVICIO AL CLIENTE	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	2020	20
ENTRENAMIENTO EN VICTIMAS DE VIOLENCIA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2018	20
1 SIMPOSIO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	2014	16
PREVENCION Y DETECCION DEL MALTRATO	ASOCIACION AFECTI CONTRA EL MALTRATO	2014	8
SALUD SEXUAL EN EL MARCO DEL MODELO	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, FONDO	2012	8
CURSO DE ACTUALIZACION EN AIEPI CLINICO	SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	2011	45
TALLER DEPARTAMENTAL DE MISION MEDICA	CRUZ ROJA COLOMBIANA Y DIRECCION	2010	16
SEMINARIO MODELO ESTANDAR DE CONTROL	ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION	2009	24
ACTUALIZACION SOBRE COMPETENCIAS DE	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE	2008	16
TALLER DE ACTUALIZACIÓN EN	DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE	2008	8
SEMINARIO NACIONAL DE ESTADISTICAS	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE	2007	32
TALLER DE ACTUALIZACION EN CONTROL DE	UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	2006	16

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

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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*
Alcaldia Municipal de Neira - Caldas	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Caldas	Neira	alcaldia@neira-caldas.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3218570737	DIA 8 MES 10 AÑO 2021	DIA 31 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Directora Operativa de Salud	Direccion Local de Salud	Cra 10 Calle 10 esquina

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.	profesionaldeenlace.nazareth@subredsur.go.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3219007755	DIA 14 MES 9 AÑO 2017	DIA 31 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional de Apoyo a la gestión operativa	Gestion del Riesgo en salud	Corregimiento Nazareth / San Juan

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PASBISALUD IPS SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Risaralda	Pereira	coordinacion.pyd@pasbisalud.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
329171	DIA 10 MES 1 AÑO 2017	DIA 7 MES 4 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Enfermera Coordinadora	PROMOCION Y PREVENCION	AVENIDA 30 DE AGOSTO 39-81

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

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.	saludpublicapic@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8583030	DIA 25 MES 3 AÑO 2011	DIA 4 MES 4 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional de Apoyo / Enfermera de	SALUD PUBLICA	CRA 6 119 B 14

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Alcaldia Municipal de Norcasia - Caldas	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Caldas	Norcasia	alcaldia@norcasia-caldas.go.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8554060	DIA 21 MES 10 AÑO 2006	DIA 10 MES 1 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Profesional de Vigilancia en salud Publica	SALUD PUBLICA	CRA 6 10-02 ESQUINA

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	2
Pública	13	9
Total	14	0

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI__ NO X 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).

Firma electrónica:
Bogotá D.C. – 18-03-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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: null