



## FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                            |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Giraldo                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Henao                                                                                                                    | NOMBRES<br>Lina María                                                                                   |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 43744142 | GENERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                              | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO                                      | D.M.                                                                                                                                                       |                                                                                                         |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 29 MES 09 AÑO 1973<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO ANTIOQUIA<br>MUNICIPIO MEDELLÍN               | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 84A 9 18<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA<br>MUNICIPIO MEDELLÍN<br>TELÉFONO 5117505 EMAIL linagiraldo732@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 BÁSICA                                                                                                                                               |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                | TÍTULO OBTENIDO |    | BÁSICA SECUNDARIA |      |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA | FECHA DE GRADO |                 |    |                   |      |
| 1°                                                                                                                                                             | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 1X°            | MES             | 11 | AÑO               | 1990 |

|                                                                                                |                         |                          |    |                                                             |             |                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----|-------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------------|
| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)                                                      |                         |                          |    |                                                             |             |                    |                            |
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:           |                         |                          |    |                                                             |             |                    |                            |
| TC (TÉCNICA)                                                                                   |                         | TL (TECNOLÓGICA)         |    | TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)                              |             | UN (UNIVERSITARIA) |                            |
| ES (ESPECIALIZACIÓN)                                                                           |                         | MG (MAESTRÍA O MAGISTER) |    | DOC (DOCTORADO O PHD)                                       |             |                    |                            |
| RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY). |                         |                          |    |                                                             |             |                    |                            |
| MODALIDAD ACADÉMICA                                                                            | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO                 |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO                    | TERMINACIÓN |                    | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|                                                                                                |                         | SI                       | NO |                                                             | MES         | AÑO                |                            |
| POSTGRADO                                                                                      | 2                       | X                        |    | MASTER UNIVERSITARIO EN DIRECCION Y GESTION SANITARIA       | 03          | 2024               |                            |
| POSTGRADO                                                                                      | 2                       | X                        |    | ESPECIALISTA DE GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD | 11          | 2015               |                            |
| PREGRADO                                                                                       | 12                      | X                        |    | MEDICINA                                                    | 12          | 1997               | 43744142                   |

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

## IDIOMAS

ESPECÍFIQUE 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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

5

## EXPERIENCIA LABORAL

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

### EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

|                                                         |  |  |                                                      |              |     |         |     |                                        |     |    |     |    |
|---------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|----------------------------------------|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD |  |  |                                                      | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                       |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                               |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN                                |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD             |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>3147184486                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                     |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                        |     |    |     |    |
|                                                         |  |  | Día                                                  | 10           | Mes | 07      | Año | 2024                                   | Día | 22 | Mes | 06 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR REGIONAL MEDELLIN   |  |  | DEPENDENCIA<br>DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE DELEGADO |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 43A 9 null SUR 36 |     |    |     |    |

### EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

|                                                 |  |  |  |                                                          |  |              |  |                  |  |                              |  |     |  |      |  |     |  |    |  |     |  |    |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------|--|--------------|--|------------------|--|------------------------------|--|-----|--|------|--|-----|--|----|--|-----|--|----|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA ORLANT             |  |  |  | PÚBLICA                                                  |  | PRIVADA<br>X |  | PAÍS<br>COLOMBIA |  |                              |  |     |  |      |  |     |  |    |  |     |  |    |  |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                       |  |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN                                    |  |              |  |                  |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |  |     |  |      |  |     |  |    |  |     |  |    |  |
| TELÉFONOS                                       |  |  |  | FECHA DE INGRESO                                         |  |              |  |                  |  | FECHA DE RETIRO              |  |     |  |      |  |     |  |    |  |     |  |    |  |
|                                                 |  |  |  | Día                                                      |  | 04           |  | Mes              |  | 03                           |  | Año |  | 2024 |  | Día |  | 09 |  | Mes |  | 07 |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECCION DE CALIDAD |  |  |  | DEPENDENCIA<br>DIRECCION DE CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD |  |              |  |                  |  | DIRECCIÓN<br>CALLE 34 63A 30 |  |     |  |      |  |     |  |    |  |     |  |    |  |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                |  |  |                                             |              |     |              |     |                                 |     |    |     |    |     |      |
|----------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|---------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                     |  |  |                                             |              |     |              |     |                                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SURA EPS                                  |  |  |                                             | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN                       |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>2602100                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                 |     |    |     |    |     |      |
|                                                                |  |  | Día                                         | 11           | Mes | 08           | Año | 2023                            | Día | 29 | Mes | 02 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COORDINADOR ATENCION EN SALUD       |  |  | DEPENDENCIA<br>AUDITORIA DE CONCURRENCIA    |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 49B 63 21  |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                     |  |  |                                             |              |     |              |     |                                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MEDICALL - SALUD TOTAL EPS                |  |  |                                             | PÚBLICA      |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN                       |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>7425770                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                 |     |    |     |    |     |      |
|                                                                |  |  | Día                                         | 22           | Mes | 02           | Año | 2023                            | Día | 10 | Mes | 08 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUDITOR MEDICO III                  |  |  | DEPENDENCIA<br>VICEPRESIDENCIA TECNICA      |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 49 40 11     |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                     |  |  |                                             |              |     |              |     |                                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>METROSALUD                                |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN                       |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5117505                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                 |     |    |     |    |     |      |
|                                                                |  |  | Día                                         | 18           | Mes | 04           | Año | 2020                            | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SUBDIRECTOR O SUBGERENTE GENERAL DE |  |  | DEPENDENCIA<br>A TERMINO FIJO               |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 50 N 44 27 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                     |  |  |                                             |              |     |              |     |                                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>METROSALUD                                |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN                       |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5117505                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                 |     |    |     |    |     |      |
|                                                                |  |  | Día                                         | 23           | Mes | 11           | Año | 2015                            | Día | 24 | Mes | 07 | Año | 2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>LIDER DE PROGRAMA                   |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA               |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>Sin dirección      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                     |  |  |                                             |              |     |              |     |                                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>METROSALUD                                |  |  |                                             | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA      |     | PAÍS<br>COLOMBIA                |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                                      |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN                       |              |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5117505                                           |  |  | FECHA DE INGRESO                            |              |     |              |     | FECHA DE RETIRO                 |     |    |     |    |     |      |
|                                                                |  |  | Día                                         | 01           | Mes | 04           | Año | 2014                            | Día | 22 | Mes | 11 | Año | 2015 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COORDINADOR CENTRO DE SALUD         |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL |              |     |              |     | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 44 50 26   |     |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                        |  |  |  |                                 |    |         |    |                               |      |     |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------|----|---------|----|-------------------------------|------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>METROSALUD                   |  |  |  | PÚBLICA<br>X                    |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA              |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                         |  |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN           |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5117505                              |  |  |  | FECHA DE INGRESO                |    |         |    | FECHA DE RETIRO               |      |     |    |     |    |     |      |
|                                                   |  |  |  | Día                             | 01 | Mes     | 09 | Año                           | 2008 | Día | 30 | Mes | 03 | Año | 2014 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO TIEMPO COMPLETO |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA ASISTENCIAL |    |         |    | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 44 50 46 |      |     |    |     |    |     |      |

  

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                           |  |  |  |                                 |    |         |    |                            |      |     |    |     |    |     |      |
|------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------|----|---------|----|----------------------------|------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>METROSALUD                      |  |  |  | PÚBLICA<br>X                    |    | PRIVADA |    | PAÍS<br>COLOMBIA           |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>MEDELLÍN           |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5117505                                 |  |  |  | FECHA DE INGRESO                |    |         |    | FECHA DE RETIRO            |      |     |    |     |    |     |      |
|                                                      |  |  |  | Día                             | 22 | Mes     | 11 | Año                        | 2007 | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2008 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA ASISTENCIAL |    |         |    | DIRECCIÓN<br>Sin dirección |      |     |    |     |    |     |      |

6

### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |  |  |                  |  |         |  |                    |  |      |  |      |  |      |  |
|--------------------------|--|--|--|------------------|--|---------|--|--------------------|--|------|--|------|--|------|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |  |  | PÚBLICA          |  | PRIVADA |  | PAÍS               |  |      |  |      |  |      |  |
| DEPARTAMENTO             |  |  |  | MUNICIPIO        |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO |  |      |  |      |  |      |  |
| TELÉFONOS                |  |  |  | FECHA DE INGRESO |  |         |  | FECHA DE RETIRO    |  |      |  |      |  |      |  |
|                          |  |  |  | Día:             |  | Mes:    |  | Año:               |  | Día: |  | Mes: |  | Año: |  |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |  |         |  | DIRECCIÓN          |  |      |  |      |  |      |  |

7

### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 13                    | 10    |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1                     | 4     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

### 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*