Contrato por Manos y Apoyo.

HOJA DE VIDA

CÓDIGO: FTH-IPS014

PÁGINA: 1 de 2

VERSIÓN: 01



FAVOR DILIGENCIAR EN COMPUTADOR O A MANO EN LETRA IMPRENTA

DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre completo	Documento de Identidad
MURIEL	POSADA	LUISA FERNANDA	1.017.215.082

Fecha de Nacimiento Año	Mes	Dia	Edad	Departamento	Ciudad	Pais
1994	1	16	26	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	COLOMBIA

Dirección Residencia	Teléfono	Barrio	Departamento	Ciudad
CARRERA 98 #64B 35 INT 913	5079751	ROBLEDO	ANTIOQUIA	MEDELLÍN

Cabeza de Familia	Estado civil	Libreta Militar	Clase	D.M.
Si ☐ No ☒	SOLTERA			

DATOS ACADEMICOS

Estudios	Institución	Ciudad	Pais	Fecha Inicio Año	Fecha Inicio Mes	Fecha Fin Año	Fecha Fin Mes	Titulo Obtenido
Primarios	INSTITUCIÓN EDUCATIVA BELLO HORIZONTE	MEDELLÍN	COLOMBIA	1999	1	2003	11	PRIMARIA
Secundarios	INSTITUCIÓN EDUCATIVA BELLO HORIZONTE- C	MEDELLÍN	COLOMBIA	2004	1	2009	12	CNICA- APOYO ADMINI
Tecnologico	SENA	MEDELLÍN	COLOMBIA	2010	1	2012	7	TECNICO EN APOYO A
Universitario	CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON	MEDELLÍN	COLOMBIA	2013	2	2017	12	FERMERA PROFESION
Post-Grado								

Estudio Actual	Nombre de la carrera	Semestre que cursa	Institución	Horario Diurno	Horario Nocturno
				☐	☐

Profesion	Matricula Profesional No.	Fecha Expedición Dia	Mes	Año	Tarjeta Profesional No.	Fecha Expedición Dia	Mes	Año
ENFERMERA PROFESIONAL					1017215082	26	2	2018

Deportes que practica	Otras actividades que realiza en tiempo libre
NO PRACTICO NINGUN DEPORTE	ORGANIZACIÓN DE LAS LABORES DEL HOGAR, COMPARTIR TIEMPO FAMILIAR

INFORMACION SOCIOECONOMICA (personas con las que vive)

Parentesco	Nombre	No. Identificacion	Fecha Nacimiento Dia	Mes	Año	Nivel Academico	Empresa donde trabaja
MAMÁ	MARIA ESPERANZA POSADA	43519353	9	4	1967	SECUNDARIA	HILOS DE AMOR
HERMANO	CESAR ANDRES GARCIA POSADA	1000410987	26	12	2000	PREGRADO	MENTE SE ENCUENTRA ESTU

INFORMACION DE LOS HIJOS

Nombres y Apellidos	Grado de Escolaridad	# NUIP

HISTORIA LABORAL

ACTUAL O ULTIMO	TRABAJO ANTERIOR	TRABAJO ANTERIOR
Nombre empresa: SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL VEN	Nombre empresa: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOC	Nombre empresa:
Dirección y Ciudad: VENECIA- ANTIOQUIA	Dirección y Ciudad: AMAGÁ- ANTIOQUIA	Dirección y Ciudad:
Teléfonos: 3137282467	Teléfonos: 3135382729	Teléfonos:
Fecha Ingreso: Dia 19 Mes 5 Año 2020 / Fecha Retiro: Dia 15 Mes 10 Año 2020	Fecha Ingreso: Dia 16 Mes 7 Año 2018 / Fecha Retiro: Dia 24 Mes 12 Año 2019	Fecha Ingreso: Dia Mes Año / Fecha Retiro: Dia Mes Año
Nombre ultimo Jefe inmediato: LINA MARCELA BOLIVAR	Nombre ultimo Jefe inmediato: DIANA MARIA RUIZ	Nombre ultimo Jefe inmediato:
Cargo ultimo Jefe inmediato: SECRETARIA DE SALUD	Cargo ultimo Jefe inmediato: SECRETARIA DE SALUD	Cargo ultimo Jefe inmediato:
Cargo desempeñado por usted: ENFERMERA PROFESIONAL EQUIPO ERI	Cargo desempeñado por usted: ENFERMERA PROFESIONAL VIGILANCIA EPID	Cargo desempeñado por usted:
Salario basico mensual: 4200000	Salario basico mensual: 2300000	Salario basico mensual:
Ingresos adicionales: 0	Ingresos adicionales: 0	Ingresos adicionales:
Motivo de retiro (explique): BIDO A QUE DESEABA INGRESAR A LA IPS SUPLIMED	Motivo de retiro: EL MOTIVO DEL RETIRO FUE POR MOTIVOS F	Motivo de retiro:

REFERENCIAS

Relacione una persona que trabaje en Suplimed Hospitalario S.A.S, que usted conozca o lo recomiende:

Nombres y apellidos	Cargo	Tiempo de conocerlo

Recomendaciones Familiares

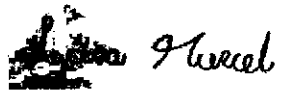
Nombres y Apellidos	Profesion o Actividad	Parentesco	Teléfono	Ciudad
1 MARIA ESPERANZA POSADA ORREGO	TRABAJADORA INDEPENDIE	MAMÁ	3128931121	MEDELLÍN- ANTIOQUIA
2 NOHELIA ENITH POSADA ORREGO	AMA DE CASA	TIA		MEDELLÍN- ANTIOQUIA
3				

Referencias Personales

Nombres y Apellidos	Profesion o Actividad	Teléfono	Ciudad
1 DIANA MARIA TORO OCHOA	GESIS	3022460076	MEDELLÍN- ANTIOQUIA
2 ANA MILENA RODAS CANO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3146376767	AMAGÁ- ANTIOQUIA
3			

Certifico que la información declarada en este formato es cierta, completa y correcta. Soy conciente que tratar de conseguir un empleo mediante engaños y falsificación de cualquier dato será causa suficiente para dar por terminado el proceso de selección y/o el contrato de trabajo.

Autorizo a Suplimed Hospitalario S.A.S para investigar en las entidades que requiera mis datos personales y de mis familiares.



Firma del aspirante

MEDELLÍN- ANTIQUIA/ 18/10/2020

Ciudad y Fecha

C.C. 1017215082