ENTIDAD RECEPTORA

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CAÑAVERAL	GIRALDO	DANIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: c.c [X] C.E. [ ] PAS [ ] No. 1.017.190.698

SEXO: F [X] M [ ]

NACIONALIDAD: COL [X] EXTRANJERO [ ] PAÍS _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE [ ] SEGUNDA CLASE [ ] NÚMERO D.M [ ]

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA [0 8] MES [0 3] ANO [1991]

PAIS COLOMBIA
DEPTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO TAMESIS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: _____

PAIS COLOMBIA DPTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO ENVIGAGO
TELEFONO 3207137097 EMAIl daniela.canaveral2311@gr

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: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES [1 2] ANO [2 0 0 7]
										X	

EDUCACION 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 ACADEMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		ENFERMERA		2021	1017190698
ES	2	X		AUDITORIA EN SALUD		2024	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Inglés									
Portuges									

ENTIDAD RECEPTORA

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3. EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD **SAVIA SALUD EPS**	***PÚBLICA***	***PRIVADA*** ***X***	**PAÍS** **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	**MUNICIPIO** MEDELLIN		**CORREO ELECTRONICO ENTIDAD**
TELEFONOS	**FECHA DE INGRESO** DIA 15 MES 10 ANO 2024		**FECHA DE RETIRO** DIA MES ANO
CONTRATO O CARGO ACTUAL LIDER DE SALUD PUBLICA	**DEPENDENCIA** DIRECCION DE SALUD PUBLICA		**DIRECCION** CL 45 55 65

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION ANCLA	***PÚBLICA***	***PRIVADA*** ***X***	**PAÍS** COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	**MUNICIPIO** MEDELLIN		**CORREO ELECTRONICO ENTIDAD**
TELEFONOS	**FECHA DE INGRESO** DIA 11 MES 6 ANO 2024		**FECHA DE RETIRO** DIA 30 MES 9 ANO 2024
CONTRATO O CARGO ACTUAL **LIDER EQUIPOS DE VACUNACION**	**DEPENDENCIA**		**DIRECCION** **Cra. 78 #51-14**

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD METRO SALUD	***PÚBLICA***	***PRIVADA*** ***X***	**PAÍS** **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	**MUNICIPIO** MEDELLIN		**CORREO ELECTRONICO ENTIDAD**
TELEFONOS	**FECHA DE INGRESO** DIA 1 MES 10 ANO 2021		**FECHA DE RETIRO** DIA 30 MES 12 ANO 2023
CONTRATO O CARGO ACTUAL LIDER DE VACUNACION	**DEPENDENCIA** MEDELLIN TE QUIERE SALUDABLE		**DIRECCION**

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	***PÚBLICA***	***PRIVADA***	**PAÍS** **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRONICO ENTIDAD**
TELEFONOS	**FECHA DE INGRESO** DIA MES ANO		**FECHA DE RETIRO** DIA MES ANO
CONTRATO O CARGO ACTUAL	**DEPENDENCIA**		**DIRECCION**

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

ENTIDAD RECEPTORA

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Alcaldía de Medellín

4. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	ANOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		30
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		37

5. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Daniela Carmona R.

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS