



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BEDOYA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LUJAN		NOMBRES DANIELA MARIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1039886829			GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS _____
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO _____		D.M. _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1995"/> PAÍS _____ DEPTO. _____ MUNICIPIO _____			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA parque principal PAÍS _____ DEPTO. _____ MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____ EMAIL <u>dbed0607@gmail.com</u>		

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 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	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	11	2022	odontologa

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

#### 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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -EBEJICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO EBÉJICO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3127584636			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	01	Año	2026	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0577 2012 ODONTOLOGA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN VEREDA FATIMA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -EBEJICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO EBÉJICO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3127584636			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	22	Mes	08	Año	2025	Día	14	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0577 2012 ODONTOLOGA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE null null null VEREDA FATIMA						

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL SAN RAFAEL -EBEJICO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ANTIOQUIA			<i>MUNICIPIO</i> EBÉJICO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3127584636			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	21	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	21	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ODONTOLOGA GENERAL			<i>DEPENDENCIA</i> AREA ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> AVENIDA CARRERA null null null VREDA FATIMA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ANTIOQUIA			<i>MUNICIPIO</i> EBÉJICO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 8562681			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	16	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	16	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 0607 2014 ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE null null null FATIMA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ANTIOQUIA			<i>MUNICIPIO</i> EBÉJICO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 8562681			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 0607 2014 ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL-ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 0 0 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL SAN RAFAEL -EBEJICO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ANTIOQUIA			<i>MUNICIPIO</i> EBÉJICO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 8562681			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	11	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	11	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2024
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ODONTOOGA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 0 0 0						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL SAN RAFAEL -ANGOSTURA				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ANTIOQUIA			<i>MUNICIPIO</i> ANGOSTURA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 8645059			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	11	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 0577 2012 ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 10 16 1						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ORAL CENTRO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	28	Mes	02	Año	2023	Día	07	Mes	07	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 20170591 - ODONTOLOGA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA GENERAL					DIRECCIÓN CALLE 47 46 115 san antoniio						

### 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						

### 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	2	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	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)

**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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento 18/03/2026

Daniela Bedoya

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

Empty box for observations.

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