



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CARDONA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARIAS	NOMBRES ANGELA MARIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.037.974.089	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 08 MES 03 AÑO 1991 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO SAN LUIS		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 18 N 22-43 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO SAN LUIS TELÉFONO 3207140722 EMAIL .	

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:	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES 12	AÑO 2007

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 ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
TC	3	X		TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	12	2	0	0	9	5-6118-10

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

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION EDUCACION SIN FRONTERAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN LUIS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3196790581	FECHA DE INGRESO DÍA 06 MES 03 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL SALUD Y NUTRICION PERFIL 2	DEPENDENCIA MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL	DIRECCIÓN SAN LUIS	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD COOMULSAP	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN LUIS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coomulsap@coomulsap.com	
TELÉFONOS 3206835338	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 04 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL SALUD Y NUTRICION PERFIL 2	DEPENDENCIA MODALIDAD FAMILIAR	DIRECCIÓN SAN LUIS	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN LUIS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3192533007	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 06 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR EN ENFERMERIA	DEPENDENCIA ATENCION PRIMARIA EN SALUD	DIRECCIÓN SAN LUIS	

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL SA LUIS	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN LUIS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alcaldia@sanluis-antioquia.gov.co	
TELÉFONOS 8348560	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR EN ENFERMERIA REFERENTE DE DISCAPACIDAD	DEPENDENCIA DIRECCION LOCAL DE SALUD	DIRECCIÓN SAN LUIS	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN LUIS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3192533007	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR EN ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN SAN LUIS	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO SAN LUIS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3192533007	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR EN ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN SAN LUIS	

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 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	5	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	

5 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).

Angela Cardona

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