FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
IZQUIERDO	GARCIA	DANIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1096038499	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES 09 AÑO 1995

PAÍS COLOMBIA

DEPTO QUINDÍO

MUNICIPIO LA TEBAIDA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 11A C 0 5 BIS TORRE 12 APTO 302 PUERTA DEL EDEN

PAÍS COLOMBIA DEPTO QUINDÍO

MUNICIPIO LA TEBAIDA

TELÉFONO 6063578076 EMAIL danielaizquierdo59@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2012
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		TRABAJO SOCIAL	10	2018	1.096.038.499
PREGRADO	4	X		TECNICO ASISTENCIA ADMINISTRATIVA	11	2012	NO APLICA

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)

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
JCI QUINDIO	EDUCACIÓN INFORMAL	100	X		DIPLOMADO LIDERAZGO PARA LA GESTION	09	2019
CRUZ ROJA COLOMBIANA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	4	X		MISION MEDICA	05	2025
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO	EDUCACIÓN INFORMAL	91	X		DIPLOMADO INTERDISCIPLINARIEDAD Y CONCEPTO PROFESIONAL EN PROCESOS CON FAMILIAS	06	2025

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*
INGLÉS	X				X			X	

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PIO X DEL MUNICIPIO DE LA TEBAIDA X QUINDÍO			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO		*MUNICIPIO* LA TEBAIDA			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3118632146		*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
		Día	21	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL TRABAJADORA SOCIAL		*DEPENDENCIA* APS ATENCION PRIMARIA SOCIAL			*DIRECCIÓN* CARRERA 10 # 5- 25 LA TEBAIDA							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3113802344	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* FAMILIA Y COMUNIDADES					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ASOTRAINFA (PROGRAMA HCBI ICBF)	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3128884873	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE EDUCATIVO PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PARA LA ORIENTACION FAMILIAR- FUNOF (PROGRAMA MI FAMILIA)	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3207882993	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y COM	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR					*DIRECCIÓN* CALLE 35 NORTE 3N 36 CALI, VALLE DEL CAUCA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ASOTRAINFA (PROGRAMA HCBI ICBF)	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6067306816	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE EDUCATIVO PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 21A 0 3 NORTE B/ LAS 60 CASAS ARMENIA,					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION FAMILIAR FARO (PROGRAMA OFAS EN LA JUGADA ICBF)	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* CALARCÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3176679751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL -PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE PREVENCION DE RIESGOS					*DIRECCIÓN* CALLE 40 23 54 CALARCA, QUINDÌO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOTRAINFA (PROGRAMA HOGAR COMUNITARIO ICBF)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6067306816	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE EDUCATIVO PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 21A 0 3 NORTE B/ LAS 60 CASAS ARMENIA. QUINDÌO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UT SAN AGUSTIN INST MERANI- FUNDACION FARO (PROGRAMA GENERACION EXPLORA ICBF)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* LA TEBAIDA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3176679751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL -PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE PREVENCION DE RIESGOS					*DIRECCIÓN* CALLE 40 23 54 CALARCA. QUINDÌO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOTRAINFA (PROGRAMA HOGAR COMUNITARIO ICBF)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* LA TEBAIDA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6067306816	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE EDUCATIVO PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 21A 0 3 NORTE B/ LAS 60 CASAS ARMENIA,						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION FAMILIAR FARO (PROGRAMA AMAS E.P.R.E- AVATAR 4.0 ICBF)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* CALARCÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3176679751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	09	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE FACILITADORA DE CAMPO	*DEPENDENCIA* AREA DE PREVENCION DEL CONSUMO					*DIRECCIÓN* CALLE 40 23 54 CALARCA, QUINDÌO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOTRAINFA (PROGRAMA HOGAR COMUNITARIO ICBF)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6067306816	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE EDUCATIVO PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION FAMILIAR FARO (PROGRAMA GENERACIONES 2.0 ICBF)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* CALARCÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3176679751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSPIRADORA	*DEPENDENCIA* AREA DE PREVENCION DE RIESGOS					*DIRECCIÓN* CALLE 40 23 54 CALARCA, QUINDÌO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION ESPLENDOR DE LAS AMERICAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3107228073	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO PSICOSOCIAL Y LOGISTICO	*DEPENDENCIA* GESTION SOCIAL					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION ESPLENDOR DE LAS AMERICAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3107228073	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2016	*Día*	27	*Mes*	02	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* GESTION SOCIAL					*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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 INCOPATIBILIDAD 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 Armenia Quindio, 23 de enero de 2025

Daniela Izquierdo G.

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