



Panamá  
Ancón, Kuna Nega



+507 6575 8878



8miguel1112@gmail.com

## OBJETIVO

Me considero una persona responsable, dinámico y creativo, con facilidad de adaptación y capacidad de trabajar en equipo, en condiciones de presión, con iniciativa para resolver problemas eficientemente y logra las metas y objetivos trazados por la empresa.

# MIGUEL ANGEL ARIAS

## DATOS PERSONALES:

- **Edad:** 28 años
- **Cedula:** 8-928-1798
- **Estado Civil:** Soltero
- **Disponibilidad:** Inmediata

## ESTUDIOS REALIZADOS:

- **Secundaria:** Esc La Santa Familia (Bachiller en Servicio y gestión Institucional).
- **Universidad:** UP Panamá (Lic en Diseño Gráfico) IV año actual.

## CONOCIMIENTO:

- Word.
- PowerPoint.
- Ilustrador.
- Photoshop.

## EXPERIENCIA LABORAL:

- Hotel Marriott Executive Apartments Panamá City Finisterre. (1Año)
- Censo Panama. (6Meses)
- Oficinista de la Dirección de las Etnias de la Alcaldía de Panamá. (1Año 6Meses)

## REFERENCIAS PERSONAL:

- Ricardo Iglesia: 6286-8428
- Niurka Arias: 6681-9766



República de Panamá

## Ministerio de Educación

Por conducto de

Colegio La Santa Familia

Confiere a:

**Miguel A. Arias M.**

c.i.p. 8-928-1798

# Diploma

## Bachiller

### Servicios y Gestión Institucional

por haber culminado los estudios y cumplido con los requisitos legales correspondientes.

Dado en la ciudad de Panamá a los veintitres días del mes de diciembre de dos mil quince

*Marilyn Llanillo*

Director(a).

1501

*Alfonso*  
Director(a), Regional de Panamá Centro







  
GOBIERNO NACIONAL  
\* CON PASO FIRME \*

MINISTERIO DE SALUD

REGION METROPOLITANA DE SALUD

  
**salud**  
Ministerio de Salud

**CERTIFICADO DE BUENA SALUD**      Nº **005639**

Centro de Salud KUNA NEGA

Nombre: MIGUEL ARIAS

Nacionalidad: PANAMEÑO      Cédula 8-928-1798

Domicilio: KUNA NEGA

Lugar de Trabajo INDEPENDIENTE

Expedido el 10/03/2025      Expira 10/03/2026

*Dra. Karen J. Varela Muñoz*  
Firma del Director Médico  
Reg 2434 Cod 376





  
 REPÚBLICA DE PANAMÁ  
 GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

**MIGUEL ARIAS**  
 NOMBRE  
**8-928-1798**  
 CÉDULA  
**R.S.S.M**  
 LUGAR DE EXPEDICIÓN  
 EXP. 12-3-2030  
 Dra. Itzel Velásquez Ch.  
 Sub D. FIRMA AUTORIDAD LOCAL

ESTE DOCUMENTO NO ES PERMISO DE TRABAJO

  
 GOBIERNO NACIONAL  
 CON PASO FIRME




REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUEL  
 CENTRO DE CAPACITACIÓN DE  
 MANIPULADORES DE ALIMENTO  
 Y O.E.I.S.  
 DIRECTOR GENERAL DE SALUD

K - 0 0 7 5 1 7 1