FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Calderon	Jimenez	Ada Esther

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 34946383 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 12 MES 09 AÑO 1977

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: SUCRE

MUNICIPIO: SAN MARCOS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 76A - 53 215 SUR apt 205

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO: MEDELLÍN

TELÉFONO: 6059140 EMAIL: adacal1@yahoo.es

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	12	AÑO	1995

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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN SALUD FAMILIAR	07	2007	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2003	18280

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
ESPAÑOL			X			X			X

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 O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ENVIGADO	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ENVIGADO	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3394000	*FECHA DE INGRESO* *Día* 18 *Mes* 01 *Año* 2023	*FECHA DE RETIRO* *Día* 31 *Mes* 12 *Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL COMUNITARIA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ENVIGADO	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3127067735	*FECHA DE INGRESO* *Día* 15 *Mes* 01 *Año* 2022	*FECHA DE RETIRO* *Día* 28 *Mes* 12 *Año* 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA	*DIRECCIÓN* CARRERA 39 SUR - 39 47

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL CES	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 44440555	*FECHA DE INGRESO* *Día* 13 *Mes* 04 *Año* 2020	*FECHA DE RETIRO* *Día* 12 *Mes* 08 *Año* 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COORD PROMOCION Y PREVENCION	*DIRECCIÓN* CARRERA 56C 50 56 Carrera 56c # 50-56, Medellín

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD COOPERACION INFANCIA Y DESARROLLO	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* *Día* 10 *Mes* 01 *Año* 2019	*FECHA DE RETIRO* *Día* 15 *Mes* 12 *Año* 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ENFERMERIA SERVIC	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL	*DIRECCIÓN* CARRERA 22 ESTE - 143 11

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD]UNIVERSIDAD CES	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 4440555	*FECHA DE INGRESO* *Día* 17 *Mes* 06 *Año* 2019	*FECHA DE RETIRO* *Día* 15 *Mes* 10 *Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AESORIA Y ASISTENCIA TECNICA	*DEPENDENCIA* ASESOR TECNICO	*DIRECCIÓN*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SURA IPS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2618000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	15	*Mes*	02	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONALES ESPECIALIZADO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 43A 34 95 Carrera 43a # 34 - 95,					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IAC GESTION ADMINISTRATIVA- SALUCOOP- CAFESALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6514000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	04	*Año*	2015	*Día*	17	*Mes*	07	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITORIA CUENTA MEDICAS						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS INTISALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5903595	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2014	*Día*	23	*Mes*	11	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - AUDITORIA						*DIRECCIÓN* CALLE 24 43G 24 Calle 24 43G-24, Medellín					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CABILDO INDIGENA ZENU			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SAN MARCOS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	07	*Año*	2009	*Día*	25	*Mes*	02	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PRE	*DEPENDENCIA* EDUCACION COMUNIDADES						*DIRECCIÓN* CALLE 11 46 6 BARRIO EL PORVENIR					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO CLINICA CRECER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5642108	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2008	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA / ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 30 34 22 : Cll 30 # 34 – 22, El Prado, Cartagena					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ACCION PLUS - COOMEVA EPS	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6939888	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2004	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE PYP	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN*					

4 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*					

5 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	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 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 Envigado, enero 2024

Adela E Cadavid

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

Envigado Enero 2024

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS