



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO JIMÉNEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GAVILANES	NOMBRES ADRIANA CRISTINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1085313911	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES ABR AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Nariño CIUDAD Pasto		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TV 74 B 40 K 35 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3016533095 EMAIL adrianajimenez444@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller Técnico, Esp. Computación
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										☒	MES DICIEMBRE AÑO 2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	9	X	NUTRICION Y DIETETICA	8 2022	1085313911

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	80
Curso Atención Integral a Víctimas de Quemadura	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	80

Firma electrónica validador: null

581138

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2023	48
Soporte Vital Básico RCP (BLS)	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2023	48
Atención Integral a Víctimas de Quemadura con	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2022	48
Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual-	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2022	80
Atención Integral al Adulto Mayor	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2022	48
Manejo Integral del Paciente Afectado con Covid-	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2022	48
Diplomado AIEPI Clínico	Politécnico de Suramérica	2022	120
Líderes Innovadores (Colombia)	ProFuturo	2022	10
Taller Lineamientos Instituciones Amigas de la	Instituto Departamental de Salud de Nariño y	2022	16
Ambientes Alimentarios más saludables y	FAO y la Consejería de la presidencia para la niñez y	2022	50
II Congreso Internacional de la Facultad Ciencias	Universidad Mariana	2021	8
I Congreso Internacional en Nutrición: Una Mirada a	Universidad Mariana y Universidad César Vallejo	2021	16

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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	

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3013810285	DIA 13	MES 12 AÑO 2022	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
NUTRICIONISTA DIETISTA	DIRECCION DE SERVICIOS		Calle 9 N° 39-46

Firma electronica validador: null



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@idsn.gov.co	
TELÉFONOS 7235428	FECHA DE INGRESO DÍA 31 MES 1 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Práctica Integrada - Nutrición Pública	DEPENDENCIA Nutrición Pública	DIRECCIÓN Calle 15 No. 28 - 41 Plazuela de Bomboná -	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hudn@hosdenar.gov.co	
TELÉFONOS 7333400	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 7 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Práctica Integrada - Nutrición Clínica	DEPENDENCIA Nutrición Clínica	DIRECCIÓN Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar – San Juan	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Universitario Departamental De Nariño E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hudn@hosdenar.gov.co	
TELÉFONOS 7333400	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 1 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Práctica Nutrición Normal y Terapéutica	DEPENDENCIA Nutrición y Dietética	DIRECCIÓN Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar – San Juan	

Firma electronica validador: null

581138

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Rafael de Pasto		PÚBLICA	PRIVADA X
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO Pasto	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hsrpasto@hospitalsanrafaelpasto.com	
TELÉFONOS 7362621	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 1 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Práctica Nutrición Normal y Terapéutica del	DEPENDENCIA Nutrición y Dietética	DIRECCIÓN Calle 15 No. 42 C - 35 San Juan de Pasto -	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	5
Pública	3	11
Total	4	4

Firma electronica validador: null

581138

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
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

Firma electronica validador: null