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 |
|---|---|---|
| ADARVE | USUGA | JIMENA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1037779098 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 14 MES 03 AÑO 2004

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO ITUANGO

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

SANTA RITA CALLE PRINCIPAL

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO ITUANGO

TELÉFONO 483100 EMAIL ADARVEJIMENA9@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° | 1X1° | MES | 11 | AÑO | 2020 |

***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 | 12 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 09 | 2022 | |

## 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* |
| Servicio Nacional de aprendizaje Sena | EDUCACIÓN INFORMAL | 48 | X | | Atencion integral de urgencias a victimas de ataque con agentes quimicos | 08 | 2022 |
| Servicio nacional de aprendizaje sena | EDUCACIÓN INFORMAL | 20 | X | | Curso especial en reentrenamiento en soporte vital basico talento humano en salud | 09 | 2022 |
| Servicio Naciona de aprendizaje Sena | EDUCACIÓN INFORMAL | 40 | X | | Atencion integral en salud a las victimas de violencia sexual | 10 | 2022 |
| Politécnico cohan ciencias de la salud | EDUCACIÓN INFORMAL | 10 | X | | Curso soporte vital básico | 12 | 2024 |

## 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* |
| | | | | | | | | | |

## 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* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ITUANGO | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| ANTIOQUIA | ITUANGO | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3106517504 | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* | 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | AUXILAIR DE ENFERMERIA | CARRERA QUINDIO 25 54, ITUANGO, Antioquia |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ITUANGO ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ITUANGO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3106517504 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 19 | *Mes* | 05 | *Año* 2025 | *Día* | 19 | *Mes* | 08 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFEMERA DE EQUIPOS BASICOS DE | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR DE ENEFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Carrera Quindio #25-54 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ITUANGO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ITUANGO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3106517504 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 01 | *Año* 2025 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFEMERA DE EQUIPOS BASICOS DE | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR DE ENFERMERA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Carrera Quindio 24-54 Ituango | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ITUANGO ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ITUANGO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3106517504 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 22 | *Mes* | 01 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMEMRIA | *DEPENDENCIA*<br>PUESTO DE SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA QUINDIO 25-54 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL SAN JUAN ITUANGO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ITUANGO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3106517504 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 05 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>PUESTO DE SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 20 57 19 #20-1 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ITUANGO ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ITUANGO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3106517504 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 01 | *Año* 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERERIA | *DEPENDENCIA*<br>PUESTO DE SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>- a 20-57, CI 19#20-1 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA CENTRAL FUNDADORES | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>MEDELLÍN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 03 | *Año* 2022 | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APRENDIZ SENA AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>3 PISO HOSPITALIZACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 53 46 38 candelaria | | | | | |

## 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* | | | | | |

## 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 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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,

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ituango 14-01-2026

Jimena Adarve Vergara

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**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*