



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Arenas		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Perez		NOMBRES Stivenson	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1042765560</u>		SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO <u>1042765560</u>		D.M. <u>24</u>	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA <u>02</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1988</u>			CARRERA <u>19 19 9 Ruiz 301</u>		
PAÍS <u>COLOMBIA</u>			PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>ANTIOQUIA</u>		
DEPTO <u>ANTIOQUIA</u>			MUNICIPIO <u>ITUANGO</u>		
MUNICIPIO <u>YARUMAL</u>			TELÉFONO <u>8643291</u> EMAIL <u>stivenare02@gmail.com</u>		

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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA 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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	5		X	CONTADURIA PUBLICA			
PREGRADO	4	X		TECNICO PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA	07	2009	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	05	2022	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO (EN LA MODALIDAD ESCRITA)
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
	HUMANO						
Universidad De Antioquia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Mediación comunitaria	12	2020
POLITECNICO MAYOR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO VIRTUAL EN PRIMERA INFANCIA	12	2023

4

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

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 ALCALDIA DE ITUANGO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ITUANGO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 8643175	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	26	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA	DEPENDENCIA DIRECCION LOCAL DE SALUD			DIRECCIÓN CALLE null 19 8								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ITUANGO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ITUANGO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 6048643119	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	25	Mes	01	Año	2024	Día	24	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES EN SALUD PUBLICA	DEPENDENCIA DIRECCION DE LOCAL DE SALUD			DIRECCIÓN CALLE 20 19 8								

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS -ITUANGO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO ITUANGO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6048643601			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	06	Año	2023	Día	22	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES EN SALUD PUBLICA			DEPENDENCIA ACCIONES COLECTIVAS- SALUD PUB					DIRECCIÓN CARRERA 20 20 57						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS -ITUANGO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO ITUANGO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6048643601			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	02	Año	2023	Día	31	Mes	05	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES EN SALUD PUBLICA			DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CALLE 202 20 57						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS -ITUANGO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO ITUANGO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8643100			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	02	Año	2010	Día	31	Mes	12	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO			DEPENDENCIA VACUNACION					DIRECCIÓN CARRERA 22Q 25 54 QUINDIO						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CEDENORTE INSTITUCIÓN TÉCNICA S.A.S.				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO ITUANGO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 6046046007			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	28	Mes:	10	Año:	2023	Día:	25	Mes:	11	Año:	2023
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE 20 18 9 Instalación IE PNO						

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	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO X 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 07/01/2026

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