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
ADARVE	USUGA	JIMENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1037779098	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ 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°	11°	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

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

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 ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ITUANGO ANTIOQUIA			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ITUANGO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3106517504	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	13	Mes	05	Año	2026	Día	31	Mes	05	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENEFERMERIA					DIRECCIÓN Carrera Quindío N.° 25-54, en Ituango						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ITUANGO ANTIOQUIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITUANGO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106517504	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	06	*Mes*	04	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFEMERA DE EQUIPOS BASICOS DE	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* LUGAR CARRERA QUINDIO 25 54, ITUANGO, Antioquia						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ITUANGO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITUANGO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106517504	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILAIR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA QUINDIO 25 54, ITUANGO, Antioquia						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ITUANGO ANTIOQUIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITUANGO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106517504	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	05	*Año* 2025	*Día*	19	*Mes*	08	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFEMERA DE EQUIPOS BASICOS DE	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENEFERMERIA					*DIRECCIÓN* Carrera Quindio #25-54						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ITUANGO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITUANGO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106517504	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFEMERA DE EQUIPOS BASICOS DE	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERA					*DIRECCIÓN* Carrera Quindio 24-54 Ituango						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ITUANGO ANTIOQUIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITUANGO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106517504	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMEMRIA	*DEPENDENCIA* PUESTO DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA QUINDIO 25-54						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN ITUANGO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITUANGO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106517504	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* PUESTO DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 57 19 #20-1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ITUANGO ANTIOQUIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITUANGO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106517504	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERERIA	*DEPENDENCIA* PUESTO DE SALUD					*DIRECCIÓN* - a 20-57, CI 19#20-1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA CENTRAL FUNDADORES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* 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 APRENDIZ SENA AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 3 PISO HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CALLE 53 46 38 candelaria					

6 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*					

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 Ituango 28-09-26

Jimena Adarve Usuga.

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