



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 17-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO VEGA | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DE ALBA | NOMBRES KELLY JOHANNA |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 45554409 | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M. | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 9 MES SEP AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bolívar CIUDAD Cartagena De Indias | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 2 D 39 38 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3013345787 EMAIL kellyvega83@hotmail.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 con profundización en educación |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | FECHA DE GRADO |
| | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | MES DICIEMBRE AÑO 2001 |

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 | 8 | X | ENFERMERIA | 12 2006 | 23937 |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| curso soporte vital basico | ANGELES DE LA SALUD | 2021 | 18 |
| SOPORTE VITAL AVANZADO | ANGELES DE LA SALUD | 2021 | 48 |
| CODIGO BLANCO | HEALTH TRADINIG GROUP | 2021 | 48 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 17-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

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 |

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuoccidente.gov.co | |
| TELÉFONOS 3753569 | FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 12 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 5 AÑO 2022 | |
| CARGO O CONTRATO enfermera jefe | DEPENDENCIA amed covid | DIRECCIÓN calle 9 No.39-46 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD subred integrada de servicios de salud sur | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co | |
| TELÉFONOS 7300000 | FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 8 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2018 | |
| CARGO O CONTRATO enfermera jefe | DEPENDENCIA hospitalizacion pediatria | DIRECCIÓN cra 20#47b-35sur | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--------------------------------|--|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD dadis | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bolívar | MUNICIPIO Cartagena De Indias | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD prestaciondadis@cartagena.gov.co | |
| TELÉFONOS 6411370 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 9 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 12 AÑO 2017 | |
| CARGO O CONTRATO tallerista | DEPENDENCIA salud publica | DIRECCIÓN getsemani cra 10b #25-10 | |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 17-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

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 universitario del caribe | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bolívar | MUNICIPIO Cartagena De Indias | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hudc@gob.co | |
| TELÉFONOS 56517190 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 5 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 3 AÑO 2016 | |
| CARGO O CONTRATO enfermera | DEPENDENCIA salud publica gobernacion de Bolivar | DIRECCIÓN cl 29 50 50 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD dadis- cartagena | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bolívar | MUNICIPIO Cartagena De Indias | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD prestaciondadis@cartagena.gov.co | |
| TELÉFONOS 6411370 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 3 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2016 | |
| CARGO O CONTRATO profesional tallerista | DEPENDENCIA salud publica | DIRECCIÓN getsemani cra 10b @25-10 calle larga casa | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|--|--|---|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD salud en el hogar | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bolívar | MUNICIPIO Cartagena De Indias | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD salud en el hogar cartagena | |
| TELÉFONOS 6614448 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 3 AÑO 2010 | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2012 | |
| CARGO O CONTRATO enfermera jefe | DEPENDENCIA promocion y prevencion | DIRECCIÓN avenida pedro de heredia | |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 17-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

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 educosta ltda | PÚBLICA | PRIVADA X | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bolívar | MUNICIPIO Cartagena De Indias | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD educostacartagena@gmail.com | |
| TELÉFONOS 6690890 | FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 5 AÑO 2008 | FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2008 | |
| CARGO O CONTRATO docente de catedra | DEPENDENCIA educacion | DIRECCIÓN ambers | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|--|--|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD ese hospital local turbana | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bolívar | MUNICIPIO Turbaná | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esehospitallocalturbana@hayoo.es | |
| TELÉFONOS 6275102 | FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 10 AÑO 2007 | FECHA DE RETIRO DIA 19 MES 4 AÑO 2008 | |
| CARGO O CONTRATO enfermera jefe | DEPENDENCIA salud publica | DIRECCIÓN barrio la victoria | |

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 | 3 | 4 |
| Pública | 5 | 10 |
| Total | 9 | 2 |



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 17-abr-2023

Fecha Validación: 20-abr-2023

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. - 17-abr-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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