



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DE ALBA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CORREA	NOMBRES KELLY ROCIO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 55248695	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <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 type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 26 MES 01 AÑO 1985 PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLANTICO MUNICIPIO BARRANQUILLA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 43 # 83 - 39 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO MEDELLIN TELÉFONO 3002774060 EMAIL KELL_YDEALBAC@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: BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11			
										X			
MES 12										AÑO 2002			
EDUCACION 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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO				TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL		
		SI	NO					MES	AÑO				
UN	8	X		ENFERMERA				06	2	0	0	7	21491
ES	2	X		GERENTE DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD				08	2	0	2	0	
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	
ESPAÑOL						X			X			X	
INGLES				X			X			X			

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Marco fidel Suarez de Bello	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO Bello	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD juridica@hmfs.gov.co	
TELÉFONOS 4549000	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 06 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera	DEPENDENCIA Maternidad segura en la ruralidad	DIRECCIÓN Calle 44 # 49B - 90	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Comfama	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLIN	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NovedadesNomina@comfama.com.co	
TELÉFONOS 251 61 55	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 01 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 04 MES 06 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Enfermera lider	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN Cra 45 # 49 A - 16	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Metrosalud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Medellin	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CONTRATOS.JURIDICA@METROSALUD.GOV.CO	
TELÉFONOS 5117505 - Ext. 1420	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 10 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 10 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO LIDER EQUIPO BASICO DE ATENCION EN SALUD	DEPENDENCIA Secretaria de salud	DIRECCIÓN Cra 50 # 44 - 27	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Savia salud eps	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Medellin	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalciudadano@saviasaludeps.com	
TELÉFONOS 4601674	FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 07 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 10 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Acceso en salud	DIRECCIÓN Calle 45 # 55 - 65	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 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	4	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Medellin – Antioquia, 20 de febrero de 2026



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