



# 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: 12-oct-2023

Fecha Validación: 01-nov-2023

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AMAYA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BALDION	NOMBRES ANGELICA MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 1049619130	SEXO F X M	NACIONALIDAD COL X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NUMERO D.M		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES NOV AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Tunja		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 56 # 161 -94 CASA 22-02 CONJUNTO PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3125427653 EMAIL anggiecita2910@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 BACHILLER ACADÉMICO CON ÉNFASIS			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2006

### 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
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA	12 2019	
Universitaria	12	X	MEDICINA	11 2018	

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA	GALENOS EDUSALUD	2023	60
SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS - AHA 2021	GALENOS EDUSALUD	2023	60
SOPORTE VITAL BÁSICO BLS - AHA 2021	GALENOS EDUSALUD	2023	50



# 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: 12-oct-2023

Fecha Validación: 01-nov-2023

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PROTOCOLO DE: LAVADO E HIGIENIZACIÓN	FUNDACION UNIVERSITARIA CAFAM	2023	4
MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	FUNDACION UNIVERSITARIA CAFAM	2023	8
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS	GALENOS EDUSALUD	2022	40
MANEJO Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL	GALENOS EDUSALUD	2021	60
ATENCION INTEGRAL EN LA SALUD A LAS	GALENOS EDUSALUD	2021	40
MANEJO Y ATENCION INTEGRAL EN SALUD AL	GALENOS EDUSALUD	2021	60
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS	GALENOS EDUSALUD	2021	40
ACOMPANAMIENTO Y MANEJO DE DUELO	GALENOS EDUSALUD	2021	40
ACOMPANAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO	GALENOS EDUSALUD	2021	40
SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO: "Basic	FEDERACION MEDICA COLOMBIANA - GESCONS	2021	48
DIPLOMADO CUIDADO INTENSIVO	FEDERACION MEDICA COLOMBIANA - GESCONS	2021	320
CURSO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA Y	UCEVA - IFMSA - FELSOCEM - ASCEMCOL	2021	48
CURSO TALLER GASES ARTERIALES Y	GESCONS SAS	2020	24
CURSO TALLER PROTOCOLO DE ATENCIÓN	GESCONS SAS	2020	30
ABORDAJE DEL PACIENTE EN EMERGENCIA	GESCONS SAS - FEDERACION MEDICA	2020	4
DIPLOMADO EN URGENCIAS MÉDICAS	GESCONS SAS	2020	120
Congreso Nacional de Urgencias y Medicina Interna	Pontificia Universidad Javeriana Cali	2019	16
Simposio Nacional de Residentes: Medicina Interna	UNIVERSIDAD DE LA SABANA - CLINICA SHAI0	2019	16
DIPLOMADO EN UCI: ADULTO, PEDIÁTRICO Y	GESCONS SAS - AMIR	2019	120
CURSO DE VENTILACIÓN MECÁNICA	GESCONS SAS - AMIR	2019	16
CURSO - TALLER DE INTERPRETACIÓN DEL	GESCONS SAS - AMIR Colombia	2019	24
Congreso Nacional de Urgencias y Medicina Interna	UNIVERSIDAD JAVERIANA	2018	16
II Congreso Nacional de Medicina	Universidad MilitarNueva Granada y Hospital Militar	2017	20

## 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
inglés	X				X			X	
español (o castellano)			X			X			X

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL



# 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: 12-oct-2023

Fecha Validación: 01-nov-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 HOMESALUD IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD homesalud@homesalud.com.	
TELÉFONOS 6350935	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO MEDICO DOMICILIARIO	DEPENDENCIA HOSPITALARIA	DIRECCIÓN Calle 89 N° 21 - 30	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO MEDICO GESTION DEL RIESGO	DEPENDENCIA GESTION	DIRECCIÓN Calle 66 No. 15-41	

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 dirthumano@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 4860033	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MEDICO HOSPITALARIO II	DEPENDENCIA UCI / MEDICINA INTERNA/PEDIATRIA	DIRECCIÓN CALLE 16 J # 99 - 27	



# 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: 12-oct-2023

Fecha Validación: 01-nov-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 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 dirhumano@subredsuroccidente.gov.co		
TELÉFONOS 1	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 7 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 7 AÑO 2021		
CARGO O CONTRATO MÉDICO SSO	DEPENDENCIA URGENCIAS, UNIDAD DE CUIDADO	DIRECCIÓN Av. 1 de Mayo #40B-54, Bogotá		

### 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 -		
TELÉFONOS 3	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 6 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 11 AÑO 2020		
CARGO O CONTRATO Investigadora de proyecto titulado: "	DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN HOSPITAL KENNEDY		

### 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 -		
TELÉFONOS 3	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 12 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2018		
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNO	DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN HOSPITAL KENNEDY		



# 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: 12-oct-2023

Fecha Validación: 01-nov-2023

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	0	4
Pública	5	3
Total	5	3

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. - 12-oct-2023  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Angélica Amaya.

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