



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: 11-jul-2024

Fecha Validación: 07-ago-2024

1

DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>PADILLA                                                                                                               | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>VIDES                            | NOMBRES<br>ANGIE VANESSA                                                                                                                                      |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1013672799 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                         |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                               |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 13 MES ABR AÑO 1997<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Atlántico<br>CIUDAD Barranquilla                  |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 110C 14004<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3244013236<br>EMAIL angievpadilla13@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 academico |          |
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO             |          |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES DICIEMBRE              | AÑO 2013 |

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<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO<br>SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN<br>MES AÑO | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Tecnológica            | 6                          | X                 | TECNOLOGIA EN ATENCION<br>PREHOSPITALARIA   | 12 2017                |                               |

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO       | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| SOPORTE VITAL BÁSICO   | INABTEC - RESCUE         | 2021            | 48    |
| SOPORTE VITAL AVANZADO | INABTEC - RESCUE         | 2021            | 48    |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 07/08/2024 18:49:14



# 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: 11-jul-2024

Fecha Validación: 07-ago-2024

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                                 | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                     | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|-------|
| MISIÓN MÉDICA                                    | Secretaría distrital de salud                | 2021            | 10    |
| Manejo de Residuos                               | Secretaría Distrital de Salud de Bogotá      | 2020            | 34    |
| Bioseguridad                                     | Secretaría Distrital de Salud de Bogotá      | 2020            | 30    |
| Desordenes Musculoesqueléticos                   | Subred integrada de Servicios de Salud Norte | 2020            | 40    |
| Registro y Manejo de Historia Clínica            | Subred Integrada de Servicios de Salud Norte | 2020            | 40    |
| Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual | Subred Integrada de Servicios de Salud Norte | 2020            | 40    |
| Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria | Subred Integrada de Servicios de Salud Norte | 2020            | 40    |

## 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                                 |                      | PÚBLICA                      | PRIVADA               | PAÍS     |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |                      | X                            |                       | Colombia |
| DEPARTAMENTO                                      | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |                       |          |
| Bogotá D.C.                                       | Bogotá D.C.          | contactenos@subredsur.gov.co |                       |          |
| TELÉFONOS                                         | FECHA DE INGRESO     |                              | FECHA DE RETIRO       |          |
| 7300000                                           | DÍA 6 MES 9 AÑO 2019 |                              | DÍA 30 MES 9 AÑO 2021 |          |
| CARGO O CONTRATO                                  | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                    |                       |          |
| TRIPULANTE DE AMBULANCIA                          | APH                  | carrera 20 47b 35sur         |                       |          |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 07/08/2024 18:49:14

1345622

Documento electrónico: 27fd1ad13622495311608e3a464a694f20542cf5cd942aec825adebdaafc0265  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



# 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: 11-jul-2024

Fecha Validación: 07-ago-2024

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                                   | PÚBLICA              | PRIVADA                            | PAÍS            |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | X                    |                                    | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                        | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD         |                 |
| Bogotá D.C.                                         | Bogotá D.C.          | correspondencia@subrednorte.gov.co |                 |
| TELÉFONOS                                           | FECHA DE INGRESO     |                                    | FECHA DE RETIRO |
| 4431790                                             | DÍA 2 MES 8 AÑO 2018 |                                    | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                    | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                          |                 |
| Tripulante de ambulancia                            | APH                  | calle 66 15 41                     |                 |

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                     | 0     |
| Pública   | 6                     | 0     |
| Total     | 6                     | 0     |

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 07/08/2024 18:49:14

1345622

Documento electrónico: 27fd1ad13622495311608e3a464a694f20542cf5cd942aec825adebdaafc0265  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



# 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: 11-jul-2024

Fecha Validación: 07-ago-2024

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. - 11-jul-2024  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
ANGIE VANESSA PADILLA VIDES 11/07/2024 16:56:05  
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