



# 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: 06-feb-2025

Fecha Validación: 06-mar-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO NOVOA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ	NOMBRES ANGELA JOHANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52782087	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 26 MES MAY AÑO 1981 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera109 A #19A-09 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3142155438 EMAIL cami5317@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 BASICA											TITULO BACHILLER EN EL AREA DE PROMOCION			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1999

### 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	ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	7 2024	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	7 2021	52782087
Formación técnica	3	X	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	7 2004	52782087

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 06/03/2025 12:25:54

1501279

Documento electrónico: 5f6afad5639d311fa8a813ae42bcfbb5e7bea8ad33c700e23edb4ca7030c6290  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 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: 06-feb-2025

Fecha Validación: 06-mar-2025

**OTROS ESTUDIOS**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TOMA DE MUESTRAS	SUBRED SUR OCCIDENTE	2024	40
MODULO DE HEMOVIGILANCIA	SUBRED SUR OCCIDENTE	2024	30
SOPORTE VITAL AVANZADO	MEDEVAC	2023	40
MANEJO DEL DUELO	MEDEVAC	2023	48
ATENCION VICTIMAS ATAQUES QUIMICOS	SUBRED SUR OCCIDENTE	2023	12
Actualizacion en lactancia materna	SUBRED SUR OCCIDENTE	2023	7
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	SUBRED SUR OCCIDENTE	2023	30
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	MEDISED	2023	40
SOPORTE VITAL BÁSICO	MEDISED	2023	40
ABORDAJE INTEGRAL A VICTIMAS DE	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2021	70
ACTUALIZACION TOMA DE MUESTRAS	MEDISED	2021	8
Atención Integral a Víctimas de Agentes Químicos	CIFTEC	2021	40
Manejo del Duelo	CIFTEC	2021	40
Soporte Vital Avanzado (ACLS)	CIFTEC	2021	40
SOPORTE VITAL BASICO	SENA	2020	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

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: 06-feb-2025

Fecha Validación: 06-mar-2025

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 dirthumanosubredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 6013849160	FECHA DE INGRESO DIA 24 MES 3 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 11 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL EN ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITAL FONTIBON	DIRECCIÓN CRR 99 # 16 I 44	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD AGM SALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerente@agmsalud.com	
TELÉFONOS 6017424232	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DIA 4 MES 3 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACA	DIRECCIÓN AV CALLE 32 N 19-35	

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 6013849160	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 12 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar area de la salud	DEPENDENCIA unidad de servicios fontibon	DIRECCIÓN carrera99 N0 16 i -40	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 06/03/2025 12:25:54





# 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: 06-feb-2025

Fecha Validación: 06-mar-2025

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	1
Pública	12	3
Total	12	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. - 06-feb-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
ANGELA JOHANA NOVOA RAMIREZ 06/02/2025 20:01:39  
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

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 06/03/2025 12:25:54