



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: 23-oct-2024

Fecha Validación: 06-mar-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUIJANO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ANGULO	NOMBRES WENDY JOANNA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 44158229	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 1 MES FEB AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Atlántico CIUDAD Soledad		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 77 A 105 A 04 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3147046474 EMAIL wendyjqa1@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 BASICA											TITULO Bachiller Academico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	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
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	11 2019	
Universitaria	5	X	ENFERMERIA	11 2012	41814

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 06/03/2026 14:43:57

1411509

Documento electrónico: a4900b6d934b479d16b46666647be6d4b471102ae95647e5127ab0c64836ba
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: 23-oct-2024

Fecha Validación: 06-mar-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
MANEJO DEL DUELO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	48
Atención Integral Víctimas de Quemadura con	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	100
ATECION INETRAL A VICTMAS DE VIOLENCIA	FUNDACION NUESTRA SEÑPRA DE LA	2025	48
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	48
SOPORTE VITAL AVANZADO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2025	80
ANTENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	FUNDACION MUESTRA SEÑORA DE LA	2023	100
SOPORTE VITAL AVANZADO	FUNDACION MUESTRA SEÑORA DE LA	2023	100
Soporte Vital Avanzado	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2023	120
Soporte Vital Basico	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2023	48
Atención Integral a Víctimas de violencia Sexual	Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	2023	80
Atención Integral Víctimas de Quemadura con	Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	2022	48

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 E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD selecciondocumentossubredsur@gmail.com		
TELÉFONOS 601730000	FECHA DE INGRESO DIA 12 MES 1 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Enfermera Jefe	DEPENDENCIA Urgencia	DIRECCIÓN Cra 60G No. 18a - 09 sur		

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 06/03/2026 14:43:57



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: 23-oct-2024

Fecha Validación: 06-mar-2026

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 Remy IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ipsremy@remyips.net	
TELÉFONOS 3504167136	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 7 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 2 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Enfermera jefe	DEPENDENCIA HospitalizacioCn	DIRECCIÓN Calle 166 No. 16 b - 42	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD JARBSALUD IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ipsjarb-salud@outlook.com.	
TELÉFONOS 6019143915	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 10 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Enfermera Jefe	DEPENDENCIA Urgencias y Hospitalizacion	DIRECCIÓN Calle 33 bis No. 15 - 64	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD PROSEGUIR IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@proseguir.org	
TELÉFONOS 6015557080	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 4 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 1 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Enfermera Jefe	DEPENDENCIA Hospitalizacion	DIRECCIÓN Cra 16 No. 59-54	

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 06/03/2026 14:43:57

1411509

Documento electrónico: a4900b6d934b479d16b46666647be6d4b471102ae95647e5127ab0c64836ba
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: 23-oct-2024

Fecha Validación: 06-mar-2026

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	8	5
Pública	2	1
Total	10	7

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. - 23-oct-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
WENDY JOANNA QUIJANO ANGULO 23/10/2024 10:56:09
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: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 06/03/2026 14:43:57