



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: 21-nov-2025

Fecha Validación: 01-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CACAIS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPEZ	NOMBRES KAROL XIMENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1022330655	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 3 MES MAR AÑO 2005 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 104 A 20 C 05 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3150569072 EMAIL cacaiskarol@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			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2022

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
soporte vital avanzado	fundacion educativa campus	2025	70
Gestion del duelo	fundacion educativa campus	2025	45
Atencion integral a victimas de la violencia y abuso	fundacion educativa campus	2025	45
atencion a victimas de ataques con agentes	fundacion educativa campus	2025	45
humanizacion de los servicios de salud	fundacion educativa campus	2025	45

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 01/12/2025 15:44:30

1673159

Documento electrónico: 7a123e356baf77e2a632de696f47bd04e0340ec5995355fe05ff573c2d2d370
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: 21-nov-2025

Fecha Validación: 01-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Seguridad del paciente	fundacion educativa campus	2025	45
toma conservacion y transporte de muestras de	fundacion educativa campus	2025	45
Vacunacion-Pai	fundacion educativa campus	2025	120
Soporte vital basico	fundacion educativa campus	2025	45
Tecnico auxiliar en salud publica	Corporacion tecnica empresarial para el trabajo	2024	1800
Tecnico en auxiliar de enfermeria	Corporacion tecnica empresarial para el trabajo	2024	1800

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
hogar gerentologico getsemany		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerentologicogetsemany@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3102188492	DIA 17 MES 7 AÑO 2023		DIA 17 MES 10 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de enfermeria	toma signos vitales, cambios de posicion,	cra71a Bis No 5A-62	

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 01/12/2025 15:44:30

1673159

Documento electrónico: 7a123e356bafe77e2a632de696f47bd04e0340ec5995355fe05ff573c2d2d370
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: 21-nov-2025

Fecha Validación: 01-dic-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 Atlantis licorera	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD valenciavalenciaricharandrey@gmail.com	
TELÉFONOS 3142981027	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 3 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Atencion al cliente	DEPENDENCIA asesoria de clientes, realizar ventas y	DIRECCIÓN cra10#27-31	

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	6
Pública	0	0
Total	0	6

Firma electronica validador: SARA STEFANIA VALERA GUZMÁN 01/12/2025 15:44:30

1673159

Documento electrónico: 7a123e356baf77e2a632de696f47bd04e0340ec5995355fe05ff573c2d2d370
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: 21-nov-2025

Fecha Validación: 01-dic-2025

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. - 21-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
KAROL XIMENA CACAIS LOPEZ 21/11/2025 16:30:57
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