



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-dic-2024

Fecha Validación: 04-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CAYCEDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BOLAÑOS	NOMBRES CARLOS ALFREDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 79397927	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NUMERO 79397927 D.M. 51		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 29 MES ENE AÑO 1967 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 169 16 C - 70 TO 19 AP 103 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6797033 EMAIL cafredoca@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 DICIEMBRE	AÑO 1983

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
Universitaria	12	X	MEDICINA	6 1996	79397927

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)	PROTEC VIDA	2020	48
SOPORTE VITAL BASICO(BLS)	PROTEC VIDA	2020	36

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 04/12/2025 12:14:05

1441528

Documento electrónico: 39512c761c8b5d32494321cf016d93c5cd48fc201f493c7e7496be97f55a32bb
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-dic-2024

Fecha Validación: 04-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CURSO ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS DE	PROTEC VIDA	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 Fondo Financiero Distrital de salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD referenciacruz@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 27 MES 7 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 17 MES 8 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Medico General	DEPENDENCIA Dues	DIRECCIÓN KR 32 12-81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Ocupar temporales s.a	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerenciocali@ocupar.com.co	
TELÉFONOS 5921222	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 7 MES 7 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Medico General	DEPENDENCIA Dues	DIRECCIÓN kr 72 N23f 06	

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 04/12/2025 12:14:05



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-dic-2024

Fecha Validación: 04-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 Ocupar temporales s.a	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerenciacali@ocupar.com.co	
TELÉFONOS 5921222	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Medico Regulador	DEPENDENCIA DUES	DIRECCIÓN kr 72 N23f 06	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Soluciones Gestión Talento Humano SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alvescofi@hotmail.com	
TELÉFONOS 9007942	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 4 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Medico regulador	DEPENDENCIA Centro Regulador de Urgencias y	DIRECCIÓN v	

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 contratacion@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 3499080	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 3 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO medico general	DEPENDENCIA urgencia	DIRECCIÓN Calle 66 N- 15-41	

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 04/12/2025 12:14:05

1441528

Documento electrónico: 39512c761c8b5d32494321cf016d93c5cd48fc201f493c7e7496be97f55a32bb
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: 06-dic-2024

Fecha Validación: 04-dic-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	6	3
Pública	10	1
Total	10	1

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-dic-2024

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

CARLOS ALFREDO CAYCEDO BOLAÑOS 06/12/2024 21:21:22

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 04/12/2025 12:14:05

1441528

Documento electrónico: 39512c761c8b5d32494321cf016d93c5cd48fc201f493c7e7496be97f55a32bb
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4