



# 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: 14-jul-2026

Fecha Validación: 17-jul-2026

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>CALDERON                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>TORRES                           | NOMBRES<br>KARINA YISEL                                                                                                                                     |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1010142659 | 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 24 MES AGO AÑO 2000<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Córdoba<br>CIUDAD Montería                        |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 46 C 1 27 ESTE<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3218119783<br>EMAIL martv7001@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 |           |  |     |      |  |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|------------------|-----------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO   |           |  |     |      |  |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES              | DICIEMBRE |  | AÑO | 2016 |  |

### 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     | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |  | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA |
|---------------|---------------|----------|------------------------|--|-------------|------|----------------|
| ACADÉMICA     | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      |  | MES         | AÑO  | PROFESIONAL    |
| Universitaria | 8             | X        | ENFERMERIA             |  | 2           | 2022 | 1010142659     |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                      | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN        | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------|-------|
| CURSO DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS | FUANDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | 2026            | 80    |
| SOPORTE VITAL AVANZADO RCP            | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA  | 2025            | 120   |

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 17/07/2026 11:15:26

1794280

Documento electrónico: e7966fc357f345bebf85dbb34b3c1dd4f2bec7af6f04831906e083c79333834c  
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: 14-jul-2026

Fecha Validación: 17-jul-2026

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN            | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------|-------------------------------------|-----------------|-------|
| DIPLOMADO        | UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA | 2021            | 96    |

## 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<br>HOSPITAL MILITAR CENTRAL | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                            | PAÍS<br>Colombia                 |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                   | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>jsantos@homil.gov.co |                                  |
| TELÉFONOS<br>5713486868                       | FECHA DE INGRESO<br>DIA 5 MES 2 AÑO 2025 |                                                    | FECHA DE RETIRO<br>DIA  MES  AÑO |
| CARGO O CONTRATO<br>ENFERMERA                 | DEPENDENCIA<br>ENFERMERIA                | DIRECCIÓN<br>trasversal 3c # 49 - 02               |                                  |

| EMPLEO O CONTRATO                  |                                           |                                                       |                                           |
|------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CLINICA PRADO | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                          | PAÍS<br>Colombia                          |
| DEPARTAMENTO<br>Magdalena          | MUNICIPIO<br>Santa Marta                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>nominaelprado@gmail.com |                                           |
| TELÉFONOS<br>3107280497            | FECHA DE INGRESO<br>DIA 15 MES 1 AÑO 2024 |                                                       | FECHA DE RETIRO<br>DIA 30 MES 10 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO<br>ENFERMERA      | DEPENDENCIA<br>ENFERMERIA                 | DIRECCIÓN<br>carrera 5 n 25 - 46 barrio el prado      |                                           |

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 17/07/2026 11:15:26

1794280

Documento electrónico: e7966fc357f345bebf85dbb34b3c1dd4f2bec7af6f04831906e083c79333834c  
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: 14-jul-2026

Fecha Validación: 17-jul-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<br>E.S.E CENTRO DE SALUD LA UVITA | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                              | PAÍS<br>Colombia                        |
| DEPARTAMENTO<br>Boyacá                              | MUNICIPIO<br>La Uvita                    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>eselauvita@hotmail.com |                                         |
| TELÉFONOS<br>3204485829                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 9 MES 6 AÑO 2022 |                                                      | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 8 MES 6 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO<br>ENFERMERA                       | DEPENDENCIA<br>ENFERMERIA                | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 NO 7 - 18 LA UVITA - BOYACA   |                                         |

## 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                     | 9     |
| Pública   | 2                     | 5     |
| Total     | 3                     | 2     |

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 17/07/2026 11:15:26

1794280

Documento electrónico: e7966fc357f345bebf85dbb34b3c1dd4f2bec7af6f04831906e083c79333834c  
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: 14-jul-2026

Fecha Validación: 17-jul-2026

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. - 14-jul-2026

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

KARINA YISEL CALDERON TORRES 14/07/2026 17:12:36

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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 17/07/2026 11:15:26