



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HUERTAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROJAS	NOMBRES DANIEL ALEXANDER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1022325376	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 86071131388 D.M. 3		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <input type="text"/> PAÍS <input type="text"/> DEPTO <input type="text"/> CIUDAD <input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/> EMAIL <input type="text"/>

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 ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2002

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
Maestría	4	X	MAESTRO EN GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	8 2021	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN BIOETICA	12 2017	
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO MÉDICO SANITARIO	6 2016	
Universitaria	12	X	MEDICINA	2 2009	66829/11

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 10:33:09

1653089

Documento electrónico: a98eae76b85fa7b4a27d3e05fcb92d93a143d5c7695f305ff829e7275dcba8b3
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 Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

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 CAYRE IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cindy.calderon@cayre.co	
TELÉFONOS 3162987631	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 5 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO SUBDIRECTOR SENIOR DE GESTION	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CRA 20B No 74-46	

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 dir.urgencias@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 7 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Director técnico del servicio de Urgencias	DEPENDENCIA Subgerencia de Servicios de Salud	DIRECCIÓN Carrera 24C # 54-47 Sur	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 10:33:09

1653089

Documento electrónico: a98eae76b85fa7b4a27d3e05fcb92d93a143d5c7695f305ff829e7275dcba8b3
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 Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-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 SUB RED CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD urgenciahospitalsantaclara@gmail.com	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 7 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 7 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO REFERENTE DE URGENCIAS	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CRA 14 B N 1 45 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD VIRREY SOLIS EPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD virreysolis	
TELÉFONOS 5555555	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 1 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN AVENIDA AMERICAS	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FONTIBON E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fontibon@esebogota.gov.co	
TELÉFONOS 4868510	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 9 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 9 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO MEDICO SSO	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CARRERA 99 No. 16 I 41	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 10:33:09

1653089

Documento electrónico: a98eae76b85fa7b4a27d3e05fcb92d93a143d5c7695f305ff829e7275dcba8b3
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 Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 28-oct-2025

Fecha Validación: 28-oct-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	2	5
Pública	8	3
Total	10	9

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. - 28-oct-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS 28/10/2025 10:27:07
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: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 28/10/2025 10:33:09