



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="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <u>1022325376</u>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="checkbox"/> NUMERO <u>86071131388</u> D.M <u>3</u>		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u> </u> MES <u> </u> AÑO <u> </u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u> </u>
PAÍS <u> </u>		PAÍS <u> </u> DEPTO <u> </u>
DEPTO <u> </u>		CIUDAD <u> </u> TELEFONO <u> </u>
CIUDAD <u> </u>		EMAIL <u> </u>

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		
1º.	2º.	3º.	4º.	5º.	6º.	7º.	8º.	9º.	10º.	<input checked="" type="checkbox"/>	MES <u>DICIEMBRE</u>	AÑO <u>2002</u>	

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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
				MES	AÑO	
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



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

EMPLEO O CONTRATO												
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS					
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.					X		Colombia					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.					dir.urgencias@subredsur.gov.co						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
7300000	DIA	13	MES	7	AÑO	2020	DIA	31	MES			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN						
Director técnico del servicio de Urgencias	Subgerencia de Servicios de Salud					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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD urgenciashospitalsantaclara@gmail.com		
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 7 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD virreysolis		
TELÉFONOS 5555555	FECHA DE INGRESO DIA 21 MES 1 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DIA 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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fontibon@esebogota.gov.co		
TELÉFONOS 4868510	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 9 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DIA 21 MES 9 AÑO 2010		
CARGO O CONTRATO MEDICO SSO	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CARRERA 99 No. 16 I 41		



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

1653089

Documento electrónico: a98eae76b85fa7b4a27d3e05fcb92d93a143d5c7695f305ff829e7275dcba8b3
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente Página 4 de 4