



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: 30-sep-2024

Fecha Validación: 02-oct-2024

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) COLMENAREZ	NOMBRES ALFONSO JAVIER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1034318585	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☐ EXTRANJERO ☒
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 16 MES DIC AÑO 1981 PAÍS Venezuela DEPTO _____ CIUDAD CARACAS		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 18 A SUR # 16-53 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3183216703 EMAIL el.papa062@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	JULIO	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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	12	X	MEDICO CIRUJANO		7	2012	946558

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SIET	2020	20
SOPORTE VITAL AVANZADO	CODIGO VELA	2020	48

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 02/10/2024 14:49:51



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: 30-sep-2024

Fecha Validación: 02-oct-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	CODIGO VELA	2020	20

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	no identificado	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DIA 17	MES 2 AÑO 2020	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	URGENCIAS	DIAG 34 # 5-43	

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.	el.papa062@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017300000	DIA 19	MES 9 AÑO 2019	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO	urgencias	CR 24C 53 47 SUR	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 02/10/2024 14:49:51

1399319

Documento electrónico: 5932eba1a2bfd9cfe740fbaf92fb7274b71b7c65b149345bcc1b5f24e50a6fa
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



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: 30-sep-2024

Fecha Validación: 02-oct-2024

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 CITY AMBULANCIAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cityambualncias@gmail.com	
TELÉFONOS 5478148	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 5 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO MEDICO DE AMBULANCIA	DEPENDENCIA APH	DIRECCIÓN CALLE 77 # 78-23	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD POLICLINICO SANTA FE DE BOGOTA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD el.papa062@gmail.com	
TELÉFONOS 3167219658	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 2 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 11 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO MEDICO URGENCIAS	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN TRANV 80 # 65-51	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PEREZ DE LEON	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD el.papa062@gmail.com	
TELÉFONOS 00000000	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 5 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO RESIDENTE DE PEDIATRIA	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN INTERCOMUNAL CARACAS PETARE	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 02/10/2024 14:49:51

1399319

Documento electrónico: 5932eba1a2bfda9cfe740fbaf92fb7274b71b7c65b149345bcc1b5f24e50a6fa
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



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: 30-sep-2024

Fecha Validación: 02-oct-2024

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 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CARIDAD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD el.papa062@gmail.com	
TELÉFONOS 02465210280	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO RESIDENTE MEDICINA INTERNA	DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN SAN SEBASTIAN DE LOS REYES	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DR JOSE FRANCISCO TORREALBA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD el.papa062@gmail.com	
TELÉFONOS 5804145624241	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 1 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO RESIDENTE MEDICINA INTERNA	DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN ALTA GRACIA DE ORITUCO	

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	3	6
Pública	5	0
Total	8	7

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 02/10/2024 14:49:51



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: 30-sep-2024

Fecha Validación: 02-oct-2024

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. - 30-sep-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ 30/09/2024 21:50:56
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: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 02/10/2024 14:49:51