



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: 29-ago-2025

Fecha Validación: 03-sep-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) COLMENAREZ	NOMBRES ALFONSO JAVIER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1034318585	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input type="radio"/> EXTRANJERO <input checked="" type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> 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	AÑO
										X	JULIO	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
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: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 03/09/2025 12:14:58

1613114

Documento electrónico: fd921f9d18adfb7eb41486824fbd2b5d8f3eed42d359c563d321f885ab82b867
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 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: 29-ago-2025

Fecha Validación: 03-sep-2025

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no identificado	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 2 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DIA 8 MES 1 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO MEDICO	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN DIAG 34 # 5-43	

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 DIA 10 MES 5 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA 3 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO MEDICO DE AMBULANCIA	DEPENDENCIA APH	DIRECCIÓN CALLE 77 # 78-23	

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 03/09/2025 12:14:58

1613114

Documento electrónico: fd921f9d18adfb7eb41486824fbd2b5d8f3eed42d359c563d321f885ab82b867
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: 29-ago-2025

Fecha Validación: 03-sep-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 POLICLINICO SANTA FE DE BOGOTA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD el.papa062@gmail.com	
TELÉFONOS 3167219658	FECHA DE INGRESO DIA 12 MES 2 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DIA 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 DIA 23 MES 5 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO RESIDENTE DE PEDIATRIA	DEPENDENCIA PEDIATRIA	DIRECCIÓN INTERCOMUNAL CARACAS PETARE	

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 DIA 1 MES 3 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 29 MES 1 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO RESIDENTE MEDICINA INTERNA	DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN SAN SEBASTIAN DE LOS REYES	

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 03/09/2025 12:14:58

1613114

Documento electrónico: fd921f9d18adfb7eb41486824fbd2b5d8f3eed42d359c563d321f885ab82b867
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: 29-ago-2025

Fecha Validación: 03-sep-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 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	3	10
Total	7	5

Firma electronica validador: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 03/09/2025 12:14:58

1613114

Documento electrónico: fd921f9d18adfb7eb41486824fbd2b5d8f3eed42d359c563d321f885ab82b867
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 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: 29-ago-2025

Fecha Validación: 03-sep-2025

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. - 29-ago-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ 29/08/2025 15:58:55
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: LUCIA YOLANDA VEGA JARAMILLO 03/09/2025 12:14:58

1613114

Documento electrónico: fd921f9d18adfb7eb41486824fbd2b5d8f3eed42d359c563d321f885ab82b867
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5