



# 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: 27-nov-2025

Fecha Validación: 01-dic-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ALVARADO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROJAS	NOMBRES ERICKSON DAVID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="radio"/> C.E. <input checked="" type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 746643	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 10 MES MAY AÑO 1981 PAÍS Venezuela DEPTO. CIUDAD CARACAS		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 68 C 65 60 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3006590470 EMAIL erickdalro@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 EN CIENCIAS					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	JULIO		AÑO	1997	

### 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	MEDICINA		7	2010	746643

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL AVANZADO	NATIONAL TRAINING GROUP	2022	48
SOPORTE VITAL BASICO	NATIONAL TRAINING GROUP	2022	20

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 01/12/2025 11:03:44

1678889

Documento electrónico: 623bcad54e67520ce23b7de9cef181b25b0e0a87273fed066348512e8375f9af  
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: 27-nov-2025

Fecha Validación: 01-dic-2025

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	NATIONAL TRAINING GROUP	2022	48
HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE LA	NATIONAL TRAINING GROUP	2022	48
CURSO DE SEDACION PARA MEDICOS NO	NATIONAL TRAINING GROUP	2022	40
PRIMER RESPONDIENTE PARA SALUD	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2019	10
DIPLOMADO MEDICINA OCUPACIONAL	UNIVERSIDAD PEDAGOGICA EXPERIMENTAL	2013	168
DIPLOMADO EN DOCENCIA UNIVERSITARIA	UNIVERSIDAD PEDAGOGICA EXPERIMENTAL	2012	200

## 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
inglés	X			X			X		

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 Sur Occidente E.S.E.	X		Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
		certificacionesops@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3013810285	DIA 22 MES 2 AÑO 2019		DIA 30 MES 11 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO GENERAL	pablo VI	calle 60b sur #77-51	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 01/12/2025 11:03:44



# 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: 27-nov-2025

Fecha Validación: 01-dic-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Central.aph@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 3102310463	FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 2 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 10 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO medico general	DEPENDENCIA atencion pre-hospitalaria	DIRECCIÓN hospital tunal	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD clinica medicall s.a.s	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coor.atencionalusuario@clinicamedical.com.co	
TELÉFONOS 7442565	FECHA DE INGRESO DIA 9 MES 10 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DIA 28 MES 2 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO medico familiar	DEPENDENCIA gerencia medica	DIRECCIÓN calle 36 sur #77-33	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD VIDEO OFFICE MEDICALL IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD videoofficemedicall@gmail.com	
TELÉFONOS 7103384	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 7 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO A TERMINO FIJO	DEPENDENCIA NO APLICA	DIRECCIÓN CARRERA 68N # 36- 84 SUR	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 01/12/2025 11:03:44

1678889

Documento electrónico: 623bcad54e67520ce23b7de9cef181b25b0e0a87273fed066348512e8375f9af  
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: 27-nov-2025

Fecha Validación: 01-dic-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	0	7
Pública	1	9
Total	2	4

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. - 27-nov-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS 27/11/2025 09:01:25  
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: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 01/12/2025 11:03:44

1678889

Documento electrónico: 623bcad54e67520ce23b7de9cef181b25b0e0a87273fed066348512e8375f9af  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4