



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: 16-dic-2025

Fecha Validación: 16-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTRO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROJAS	NOMBRES OMAR ORLANDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1074131777	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1074131777 D.M. 52		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 3 MES JUN AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 49 B 102 A 37 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4787949 EMAIL oocr_70@hotmail.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 BASICA											TITULO bachiller académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE	AÑO	2006

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
Especialización médico	6	X	ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	1 2024	1074131777
Universitaria	12	X	MEDICINA	5 2014	1074131777

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 16/12/2025 20:49:29

1694949

Documento electrónico: 7172abe8784e64df009e2018fd3dfaade0f9f7933bd7602a84c14f8e61d60195
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: 16-dic-2025

Fecha Validación: 16-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atención a víctimas de quemaduras con agentes	FUNSE	2024	48
CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA	FUNSE	2024	80
ACOMPANIAMIENTO Y GESTION DEL DUELO	CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA	2024	40
ATENCION A VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO	2016	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 Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correspondencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014431790	DÍA 17 MES 7 AÑO 2024		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
médico internista	Urgencia medicina interna	calle 66 n 15-41	

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 16/12/2025 20:49:29

1694949

Documento electrónico: 7172abe8784e64df009e2018fd3dfaade0f9f7933bd7602a84c14f8e61d60195
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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 16-dic-2025

Fecha Validación: 16-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 Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@hospitalsanblas.gov.co	
TELÉFONOS 3078181	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Medico APH	DEPENDENCIA Bogota D.C	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD hospital san francisco de fortul	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Arauca	MUNICIPIO Fortul	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esemorenoyclavijo@gmail.com	
TELÉFONOS 3178574500	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 9 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 9 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO medico	DEPENDENCIA aph	DIRECCIÓN cll 66 n 15-41	

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	0
Pública	8	2
Total	8	2

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 16/12/2025 20:49:29

1694949

Documento electrónico: 7172abe8784e64df009e2018fd3dfaade0f9f7933bd7602a84c14f8e61d60195
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: 16-dic-2025

Fecha Validación: 16-dic-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. - 16-dic-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

OMAR ORLANDO CASTRO ROJAS 16/12/2025 15:21:15

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: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 16/12/2025 20:49:29

1694949

Documento electrónico: 7172abe8784e64df009e2018fd3dfaade0f9f7933bd7602a84c14f8e61d60195
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4