INFORME No. 1 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO 011 DE 2022: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE METROLOGIA EN ANALISIS INORGANICO

Subdirección de Metrología Química y Biomedicina

Bogotá

1. Introducción

En este informe se presentan las actividades del contrato 011 de 2022, prestación de servicios profesionales, firmado entre el INM y Diego Alexander Garzón Zuluaga; en el período cubierto en el alcance. Estas actividades están enmarcadas en la prestación de los servicios profesionales con el propósito ejecutar los proyectos de investigación en Metrología Química y Biomedicina y obtener productos de nuevo conocimiento.

2. Alcance

Las observaciones presentadas en este informe corresponden a las actividades realizadas por el contratista para el grupo de metrología en análisis inorgánico de la SMQB en el mes de febrero del 2022.

3. Descripción metodológica

El objeto del contrato 011 del 2022 firmado entre Diego Alexander Garzón Zuluaga y el Instituto Nacional de Metrología de Colombia es “contratar servicios profesionales para apoyar en las actividades requeridas en los proyectos de investigación vinculados a la subdirección de metrología química.”, las actividades específicas del contrato de prestación de servicios profesionales realizadas durante el alcance se enlistan a continuación.

1. Adelantar las investigaciones relacionadas con la producción de materiales de referencia o el establecimiento de los métodos de medición en la subdirección.
2. Presentar informes técnicos de las investigaciones realizadas en concordancia con el sistema de gestión de calidad.
3. Participar y exponer en los seminarios relacionados con los proyectos de investigación o procesos de producción de materiales de referencia.
4. Apoyar el desarrollo y la continuidad de los servicios relacionados con la producción de materiales de referencia, calibraciones, comparaciones interlaboratorio y/o proyectos de investigación.
5. Participar y apoyar los procesos de asistencia técnica, ensayos de aptitud, transferencia de conocimiento, divulgación científica que le sean asignados, acorde con las actividades realizadas.
6. Contribuir con la mejora, la actualización del sistema de gestión de calidad en los aspectos técnicos, y el cumplimiento de los planes de auditoría.
7. Demás obligaciones relacionadas con el objeto del contrato asignadas por el supervisor.

4. Resultados

4.1 Actividades realizadas durante el alcance

A continuación, se presentan las actividades desarrolladas por Diego Alexander Garzón Zuluaga y las cuales fueron supervisadas durante el período de tiempo citado dentro del alcance.

Actividad principal	Actividades	Duración	Entregable
Actividades principales ejecutadas en el mes	• Revisión de fugas de He y seguimiento del consumo de este • Planeación comparación APMP.QM-S19 • Capación en ICPMS • Acompañamiento a los capacitados en ICPMS en preparación de muestras y medición • Mantenimiento de GCMS • Puesta a punto del GCMS para medición luego de mantenimiento • Medición de muestras de pescado para especiación de mercurio • Acompañamiento puesto a punto del ICPMS • Asistencia reunión proyecto PTB-Mercurio • Revisión y corrección de observación de protocolo para comparación interlaboratorio PTB-Hg • Preparación de diluciones isotópicamente marcadas para medición de Hg	4 semanas	• Formato de seguimiento junto a GMAO • Presentación y organización de la carpeta de la comparación (\\192.168.10.3\smqb\TRD 2020-2021\400 SMQB Gral\400.135 Informes\400.135.7 Infomes de comparación Interlaboratorios\GMAI) • Cuaderno de laboratorio de los capacitados juntos a presentación de calidad • Informe de mantenimiento de CCV • Registro de uso de equipos • No aplica • Minuta de la reunión del PTB • Protocolo escrito • NA

5. Conclusiones

- Se realizan actividades descritas en el numeral 4

Diego Alexander Garzón Zuluaga
Contratista

Instituto Nacional de Metrología de Colombia	**DECLARACIÓN JURAMENTADA**	Codigo: A-01-F-008 Version: 4 Pagina: 1 de 1

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
DIEGO	ALEXANDER	GARZÓN	ZULUAGA
Tipo de documento d eIdentidad	C.C - Cédula de ciudadanía	Nùmero:	Lugar de expedición:
		1015445404	BOGOTA D.C.

1. De las responsabilidades tributarias asignadas por la DIAN en mi RUT, se encuentra registrada: (Para responder, por favor verifique que su Rut esté actualizado).

☐ **47.**Régimen Simple de Tributación ☐ **48.**Impuesto sobre las ventas ☑ **49**.No responsable de IVA ☐ **52**. Facturador electrónico

2. ¿Presenté declaración del impuesto sobre la renta y complementarios en el año 2021 correspondiente al año gravable 2020?

☐ **Si** ☑ **No**

3. Para la vigencia 2022, he suscrito contratos adicionales al suscrito con el **INM** con otras entidades pùblicas o privadas

☐ **Si** ☑ **No**

Si su respuesta es "Si", por favor indique para cada entidad:

Nombre de la entidad:			
Valor total del contrato:			
Valor recibido mes anterior			

4. ¿La liquidación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad - SGSS lo realizó con un Ingreso base de cotizaciòn (IBC) correspondiente al cuarenta por ciento (40%) del total de los ingresos provenientes únicamente del Contrato № de 2022 suscrito con el **INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGÌA?**

☑ **Si** ☐ **NO** El IBC que estoy manejando es del _____%

(De acuerdo con la ley, el porcentaje mìnimo para el càlculo del IBC es del 40%).

5. Teniendo en cuenta que, si el IBC sobre el cual realizo mis aportes al Sistema General de Seguridad Social – SGSS es superior al 40%, autorizo para que dicho aporte sea considerado en su totalidad como un Ingreso no constitutivo de renta y por ende, poder de esta forma disminuir la base gravable que es tenida en cuenta para la determinación de las deducciones por concepto de Retenciòn en la fuente y Retenciòn de ICA.

☐ **Si** ☐ **N**o. Solicito que sea considerado solo el 40% ☐ Solicito **NO** tener en cuenta este aporte adicional para efectos de deducir la base de retención, ya que se trata de aportes sobre otro(s) contrato (s) que tengo con otra entidad o empresa, relacionada (s) en el numeral 3. ☑ **N/A**

6. Certifico que realicé los aportes a los sistemas de salud, pensión y riesgos laborales y que me encuentro a **PAZ y SALVO** con el Sistema General de Seguridad Social. Para ello, hago entrega del detalle de la última planilla generada desde el operador donde se evidencia su estado "**PAGADA**",

Planilla No. _____

7. Conforme a lo establecido en el Artículo 437 del Estatuto Tributario, confirmo que en la vigencia 2021 no recibí ingresos brutos superiores a 3.500 UVT, Ciento Veintisiete Millones Setenta y Ocho Mil pesos m/cte ($127.078.000,00), ni cumplo ninguna de las condiciones citadas en el parágrafo 3; por lo que no soy responsable de IVA ni estoy obligado a facturar electrónicamente.

☑ **Si** ☐ **No**

8. ¿He contratado o vinculado a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados al desarrollo de mi actividad?

☐ **Si** ☑ **No**

9. Conforme al Artículo 387 del Estatuto Tributario, solicito me sean practicadas las siguientes deducciones para disminuìr la base sobre la cual se aplicará la Retención en la fuente:

☐ Pago por medicina prepagada. ☐ Dependientes económicos. ☐ Intereses por prestamos de vivienda.

10. Solicito sean deducidas las iguientes rentas exentas de la base sobre la cual aplicará la Retención en la fuente:

☐ Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias. ☐ Aportes con destino a cuentas AFC.

Certificacion por concepto de Intereses o Corrección Morietaria en Creditos de Vivienda

Adjunto Certiticación o documento equivalente **Sí** ☐

Crédito Compartido **Sí** ☐ **No** ☐

Porcentaje que me corresponde _____% Valor que me corresponde $_____

Certificacion por concepto de Medicina Prepagada

Adjunto Certiticación o documento equivalente **Sí** ☐

Informaciòn de Dependientes

☐ Hijos que tengan hasta 18 años de edad y dependan econòmicamente.

☐ Hijos con edad entre 18 y 23 años, cuando financie su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

☐ Hijos que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

☐ Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

☐ Padres y/os hermanos que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Relación de dependientes

Tipo de Doc.	№ de Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco

Se expide la presente Declaración Juramentada el:

Día	Mes	Año
21	2	2022

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1015445404
NOMBRES Y APELLIDOS	Garzon Zuluaga,Diego Alexander
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	10/01/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Garzon Zuluaga,Diego Alexander, a los 21 días del mes de febrero del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIEGO ALEXANDER GARZON ZULUAGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.445.404**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Febrero del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/01/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	900494393	**Cédula Usuario:**	CC 1118551322
Nombre:	INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA				
Dirección:	AK 50 26 55 IN 2				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	contacto@inm.gov.co				
Teléfono:	2542222		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3742102 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE LAS EMPRESAS DEDICADAS A EL TRABAJO DE CAMPO DE HIDROLOGIA Y/O METEREOLOGIA, TOPOGRAFIA, AGRIMENSURA Y/O ESTUDIOS CATASTRALES.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1118551322	ANDRES GUILLERMO CARMONA ESCAMILLA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	66	25/01/2022	CC 1015445404	GARZON ZULUAGA DIEGO	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

071E9975174E49ACAB91CF49ADF27B7C Certificado impreso el día 1/24/2022 9:18:29 AM por el portal de empresas Edesk


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS


www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
DIEGO ALEXANDER
GARZON ZULUAGA
1015445404
INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA
900494393
Este carné es personal e intransferible.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ALIANZA EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA



ALIANZA EXAMENES
NIT: 900101623-7

EXAMEN OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1015445404-46275

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 11/01/2022 BOGOTA D.C
Paciente: DIEGO ALEXANDER GARZON ZULUAGA
Género MASCULINO **Edad:** 27
Fecha Nacimiento: 15/04/1994
Estado Civil:
Dirección CALLE 57A#56-04
Empresa PARTICULAR
Empresa en Misión: PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1015445404
Teléfono **Móvil:** 3134572713
Cargo: CONTRATISTA
EPS:
Escolaridad: PROFESIONAL
Peso: 101 Talla: 172 IMC: 34

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR CORRECCION VISUAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR
APTO A LA FECHA - EXAMEN CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Observaciones: USO OBLIGATORIO DE TAPABOCAS. LAVADO DE MANOS Y O APLICACIÓN DE GEL ANTIBACTERIAL CADA 4 HORAS EN AMBAS MANOS. DISTANCIAMIENTO SOCIAL. ESQUEMA DE VACUNACION PARA EL COVID 19 FASE DE EMERGENCIA CON SINOVAC BID. PEND REFUERZO. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CONSERVACION VISUAL	-
OSTEOMUSCULAR	-
ERGONÓMICO	-
NUTRICIÓN	-

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS	CON SINDROME METABOLICO

YESID MOJICA O.
Médico-Abogado
Salud Ocupacional, Riesgos Laborales
Lic 25-770

YESID MOJICA O. 25-770 -
Médico Especialista en Salud Laboral

DIEGO ALEXANDER GARZON ZULUAGA 1015445404
Firma y cédula del Paciente

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GARZON	ZULUAGA	DIEGO ALEXANDER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1015445404	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1015445404 D.M. 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 15 MES 04 AÑO 1994	CALLE 57 A 56 04 bloque 41 apt 202 Pablo vi			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTA
DEPTO	BOGOTA	MUNICIPIO	BOGOTA		
MUNICIPIO	BOGOTA	TELÉFONO	2222145	EMAIL	dagarzonz@unal.edu.co

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 OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2011
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2		X	MAESTRIA EN CIENCIAS - QUIMICA			
PREGRADO	10	X		QUIMICA	06	2020	PQ-07767

ESPECÍFIQUE 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
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS	X				X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3188134901	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION METROLOGIA QUIMICA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 50 - 25 55 Int. 2						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2542222	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION METROLOGIA QUIMICA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2542222	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION METROLOGIA QUIMICA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	09	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION METROLOGIA QUIMICA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 25422222	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION METROLOGIA QUIMICA					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION METROLOGIA QUIMICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 50 - 26 55 Int 2					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	2

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota D.C. 2022/02/21

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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