FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GARZON	SALINAS	BRIAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016027139	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1016027139 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 7 MES JUN AÑO 1990	DG 49 A BIS A SUR 13 J 91
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO Tolima	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3222827830
CIUDAD Líbano	EMAIL bgarzons90@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 BASICA											TITULO Tecnico Comercial				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE	AÑO	2008	
										X					

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Tecnológica	12	X		TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA	1	2023	1016027139

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

Firma electronica validador: null

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*			
Boticamental					X	Colombia			
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			boticamentalbogota@yahoo.com.mx					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*					
2572778	DIA 13	MES 10	AÑO 2023	DIA 15	MES 3	AÑO 2024			
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*					
Regente de Farmacia	administrativo			calle 79a #16a-30					

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD				*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*			
Cruz Verde					X	Colombia			
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			novedadesnomina@cruzverde.gov.co					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*			*FECHA DE RETIRO*					
4924860	DIA 15	MES 5	AÑO 2023	DIA 12	MES 8	AÑO 2023			
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*			*DIRECCIÓN*					
Auxiliar de Farmacia	Farmacia			calle 119 # 12-36					

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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: Cruz Verde	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: novedadesnomina@cruzverde.gov.co	
TELÉFONOS: 4924860	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 5 AÑO 2022	*FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 6 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO: Regente de Farmacia	*DEPENDENCIA*: administrativo	*DIRECCIÓN*: ac 116 # 70c-29	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: petcol	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: asisrecursoshumanos@petcol.co	
TELÉFONOS: 7439999	*FECHA DE INGRESO*: DIA 25 MES 8 AÑO 2021	*FECHA DE RETIRO*: DIA 4 MES 7 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO: Regente de Farmacia	*DEPENDENCIA*: intrahospitalario	*DIRECCIÓN*: calle 140 #13-18	

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	1	6
Pública	0	0
Total	1	6

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI __ NO _X_ 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. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica: Brian Salinas.

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: null