República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Brian Daniel De la Hoz Badillo

No. 1047.339.394 de Santo Tomás

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Médico

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
Facultad de Ciencias de la Salud
DECANATURA

El Rector

El Secretario General

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
Oficina de Admisiones y Registro

En la ciudad de Barranquilla,
19 de Julio del 2013.
Acta 6410 Folio 47 Libro 61

19 de Julio del 2013
Registro AC203 Folio 3241 Libro de Registro 009

Jefe de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
Jefe de Admisiones y Registro

CC 116312

UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km. 7 Vía antigua Puerto Colombia
Conmutador: 3673800
Fax: 3598987

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades

Acta de Grado Individual **6410**
Folio **17**
Nro. del Diploma

En el acto de ceremonia de la UNIVERSIDAD LIBRE Seccional BARRANQUILLA. siendo la 2:00pm a los diecinueve (19) dias del mes de julio de 2013, se reunieron los Doctores: RACHID NADER ORFALE, RECTOR SECCIONAL, ROMUALDO FONSECA ARRIETA DECANO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD y OFELIA ARCINIEGAS ANGARITA SECRETARIA ACADEMICA de la misma Facultad, con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 008 de octubre de 1996 del Estatuto de la Corporación Universidad Libre, del egresado DE LA HOZ BADILLO BRIAN DANIEL identificado con Cédula de Ciudadanía 1047339394 de SANTO TOMAS quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y Reglamento del Programa para optar el Título de:

MEDICO

Acto seguido se procede a recibirle el juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a) DE LA HOZ BADILLO BRIAN DANIEL del diploma y copia de la presente acta de grado.

En testimonio de la anterior, se firma la presenta Acta de Grado, en la ciudad de BARRANQUILLA a los diecinueve (19) dias del mes de julio de 2013

El Rector Seccional

El Decano

El Secretario Académico

Brian De la Hoz
El Graduado

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
DE LA HOZ	BADILLO	BRIAN DANIEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1047339394	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1047339394 D.M 10

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 MES OCT AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

CIUDAD Santo Tomás

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

avenida carrera 68 5-17 apartamento 1024 torre 5

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3144795573

EMAIL rian089@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 ACADEMICO ENFASIS EN
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2006
										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
Universitaria	12	X		MEDICINA	7	2013	16387

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
GESTIÓN DEL DONANTE	FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	2025	45
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON	FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	2025	46

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

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
GESTION DE EMOCIONES Y MANEJO DEL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2025	24
Soporte vital cardiovascular avanzado	AHA	2024	48
Atencion integral en salud a victimas de violencia	Sociedad colombiana de emergencias en salud SAS	2023	40
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN	2023	40
SOPORTE VITAL AVANZADO	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN	2023	48
DONACIONDE ORGANOS	SABER SALUD	2022	60
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES	SABERSALUD	2022	40
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN	2021	40
ACLS	SOCIDAD COLOMBIANA EMERGENCIAS	2021	48
SEDACION	SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN	2021	48
PRIMER RESPONDIENTE	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2019	3

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* notificacionesjudiciales@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 7428585	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 2 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Medico general	*DEPENDENCIA* Urgencias - SIRC		*DIRECCIÓN* Cra. 24C #54-47 Sur

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVIVIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Urgenciashok@hokennedy.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
723138	DIA 1 MES 11 AÑO 2014	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	APH	1 MAYO 40B 4B

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	rian089@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3045834224	DIA 1 MES 11 AÑO 2014	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico General	APH	avenida carrera 68 5-17 apartamento 1024

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	11	5
Total	11	5

Firma electronica validador: null