REPÚBLICA DE COLOMBIA

UPARSISTEM

CENTRO EDUCATIVO DE SISTEMAS

Autorización oficial según Resolución No. 0285 Diciembre 1 de 2008, resolución 000176 Octubre 18 de 2016
Acuerdo No. 0073 de Febrero 28 de 2011 Emanado por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud
Resolución de Programa de Formación No. 00230 de 14 de Junio 2017
Emanadas de la Secretaría de Educación Municipal
Resolución SENA No. 000228 del 02 de Agosto de 2013

Acta de Certificación No. 191-37490

En la ciudad de Valledupar, departamento del Cesar, República de Colombia, en fecha 29 de Junio del 2019, el Centro Educativo de Sistemas Uparsistem con autorización oficial según resolución No. 0285 Diciembre 1 de 2008, resolución 000176 Octubre 18 de 2016 emanada de la Secretaría de Educación Municipal, bajo la Dirección General, la Gerencia y la Dirección Académica celebró sesión de certificación en ceremonia de grado. Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos por Uparsistem, confirió la certificación en:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

00230 de 14 de Junio 2017

Jeffer Stiven Galarcio Torres

CC 1065645457 de Valledupar - Cesar

Quien emitió el juramento de rigor por el cual se comprometió a ejercer sus funciones con responsabilidad y honradez, declarándolo idóneo para ejercer las competencias establecidas en el programa y llevar siempre en alto el buen nombre y los principios del Centro Educativo de Sistemas Uparsistem.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada del original, que se lleva a cabo en los archivos del Centro Educativo de Sistemas Uparsistem.

JOSE ALBERTO MORILLO
Director General

HERMES QUIROZ RODRIGUEZ
Dirección Académica

DORIANA M. BUELVAS R.
Gerente General

191-37490

NOVUS ORDO CELAC
Calidad en Educación
CERTIFICARE
ISO 9001 Certificado 10.026-3 NTC 5555 Certificado 20.027-3 NTC 5663 Certificado 30.124-3

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
GALARCIO	TORRES	JEFFER STIVEN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1065645457	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1065645547 D.M 15

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES SEP AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Cesar

CIUDAD Valledupar

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 52 A 9 62

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3002477676

EMAIL galarcio1930@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
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 2009
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Auxiliar de enfermeria	UPARSISTEM	2017	250

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
español (o castellano)		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 e.s.e centro de salud de beteitiva	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	*MUNICIPIO* Briceño		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* GERENCIA@ESE-BETEITIBA-BOYACA.GOV.CO
TELÉFONOS 3212065315	*FECHA DE INGRESO* DIA 26 MES 11 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DIA 26 MES 3 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* equipos basicos		*DIRECCIÓN* centro de. la vereda

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ambusanar	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* gestionhumana.ambusanar@gmail.com
TELÉFONOS 3115815807	*FECHA DE INGRESO* DIA 17 MES 6 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DIA 25 MES 10 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO tripulante de ambulancia	*DEPENDENCIA* ambusanar		*DIRECCIÓN* carrera 69k # 79 -67

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*
vital life		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	galarcio1030@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2719676	DIA 12 MES 6 AÑO 2021	DIA 12 MES 4 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
tripulante de ambulancia	vital life	calle 102a # 19-45

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	2
Pública	0	4
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:
null
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