

 <div style="display: inline-block; text-align: left;"> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px 5px; font-size: 0.8em;">El servicio público es de todos</div> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px 5px; font-size: 0.8em;">Función Pública</div> </div>	FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA Persona Natural (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)	ENTIDAD RECEPTORA <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	--	--

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MONCADA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GARZON	NOMBRES OSCAR ADRIAN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 94544336	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 85082839505	D.M 23
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA DÍA 28 MES 08 AÑO 1985	CRA 12C # 49-51 5 VILLACOLOMBIA	
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia	DEPTO Valle del Cauca
DEPTO Valle del Cauca	MUNICIPIO CALI	
MUNICIPIO VERSALLES	TELÉFONO 3212434991	EMAIL oskany7@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 BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER TECNICO		
PRIMARIA		SECUNDARIA		MEDIA		FECHA DE GRADO						
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 07	AÑO 2002

 experiencia laboral

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Proyintegral SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD proyintegralcali@hotmail.com
TELÉFONOS 3153477882	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 10 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL Prestacion de servicios de coordinacion de operaci	DEPENDENCIA Proyectos		DIRECCIÓN Calle 18a # 25-111

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co