



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1985, 486 y 443 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Bona

SIDEAP

Última Actualización: 07-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SUAREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PERDOMO	NOMBRES EDNA NILEVA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 55217205	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 1 MES DIC AÑO 1984 PAIS Colombia DEPTO Huila CIUDAD Alpa		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE SUR 8-25 PAIS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3102992579 EMAIL ednaa7208@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BÁSICA EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	BOLETÍN
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	X	MES DICIEMBRE AÑO 2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DELENCE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURA CROMOLÓGICA, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA

TE (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

RE (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DE (DOCTORADO O PhD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PRESENTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	8 2010	No especificada
TC	2	X	AUXILIAR DE SISTEMAS Y COMPUTACIÓN	12 2004	No especificada

CONOCIMIENTO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, 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		



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 100 de 1993, 489 y 443 de 1995)

MINISTERIO DE SALUD
Ministerio de Desarrollo Local y Rural
SIDEAP
Sistema Integrado de Datos de Atención Primaria
Última Actualización: 07 de mayo 2015

3 EXPERIENCIA LABORAL

DETALLAR SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	EMPRESA INTEGRADAS SERVICIOS DE ALTO SUR OCCIDENTE S.C.E.		PÚBLICA	☒	PAÍS
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.		PRIVADA	☐	Colombia
TELÉFONOS	DEPENDENCIA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	BOGOTÁ D.C.		contactos@serviciossociales.gov.co		
FECHAS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIAS	3	MES	7	ANO	2013
DIAS		MES		ANO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DEPENDENCIA		
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AGENCIADO BSA		CET 22 10 27		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	TRABAJADORAS TEMPORALES		PÚBLICA	☒	PAÍS
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.		PRIVADA	☐	Colombia
TELÉFONOS	DEPENDENCIA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	BOGOTÁ D.C.		serviciossociales@serviciossociales.gov.co		
FECHAS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIAS	11	MES	11	ANO	2015
DIAS		MES		ANO	2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DEPENDENCIA		
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Calle de la Paz, Hospital General		CET 22 10 27		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	HOSPITAL DEL SUR-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		PÚBLICA	☒	PAÍS
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.		PRIVADA	☐	Colombia
TELÉFONOS	DEPENDENCIA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	BOGOTÁ D.C.		atencion@hospital.com		
FECHAS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIAS	20	MES	6	ANO	2012
DIAS		MES		ANO	2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DEPENDENCIA		
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	ESA LINDOLITO		CET 22 10 27		

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PÚBLICO	4	4
PRIVADO	0	10



**FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA**
Persona Natural
(Leyes 180 de 1985, 400 y 405 de 1988)

ENTIDAD RECEPTORA
Fondo de Desarrollo Local Bona

SIDEAP
Sistema de Información de Empleo y Capacitación
Última Actualización: 07-jun-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA OBLIGACIÓN DE JURAMENTO QUE SI NO ☒ ME ENCUENTRO CONTRA DE LAS CALUMNIAS NI INFORMES DE INCONDUCTA DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEYAL PARA FIRMAR CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS FORMULADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERDADES, ARTÍCULO 46 DE LA LEY 18.000.

Belen T. Maresca Ruiz
Gestor y todo el personal

Edmundo Hilario Sandoval P.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO VERIFICADA CONTRA A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO APOYATE.

Dado y Acto

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS