CONTABILIZADOR EXPERIENCIA

EXPERIENCIA/CUMPLE	
SI	X
NO	

NOMBRE POSTULANTE					
HECTOR PERDOMO ANDRADE					
		AÑO(S)	MES(ES)	DIAS	
EXPERIENCIA REQUERIDA: Acreditar doce (12) meses de experiencia profesional	**EXPERIENCIA PROFESIONAL**	**2**	**3**	**23**	27

TITULO PREGRADO (SI APLICA)	INGENIERO DE SISTEMAS	
FECHA DE GRADO (SI APLICA)	27/03/2021	
TITULO POSGRADO (SI APLICA)	ESPECIALISTA EN SEGURIDAD INFORMATICA	
TARJETA PROFESIONAL (SI APLICA)	091122-0563758 CND 23/04/2021	

	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE INGRESO *DIA/MES/AÑO*	FECHA DE RETIRO *DIA/MES/AÑO*	EXPERIENCIA (DIAS)
1	SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.	23/04/2021	15/08/2023	833
	Si no utiliza el total de las filas elimine las que queden en blanco, si necesita ingresar más experiencia seleccione la última fila cópiela, péguela para no perder el formato formulado.	**EXPERIENCIA ADQUIRIDA**	***TOTAL***	833

CINDY LOPEZ

DIRECCIÓN TIC

Funcionario o Contratista que Elaboró:

FECHA DE VERIFICACION 4/10/2023

DIA / MES / AÑO