FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 23-abr-2023

Fecha Validación:10-ago-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BERMUDEZ	SUAREZ	LUIS CARLOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80921585	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80921585 D.M ESCUELA DE POLICIA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES ENE AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 21 A ESTE 48 21

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 35034221102

EMAIL comercialuiscarlos@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 BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 2010

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	G R S GESTION PARA EL RIESGO Y LA SALUD	2021	60
ATENCION INTEGRAL A VISTIMAS DE	GRS GESTION PARA EL RIEGO Y LA SALUD	2021	60
PRIMEROS AUXILIOS AVANZADO	GRS GESTION PARA EL RIESGO Y LA SALUD	2021	40
OPERADOR DE VEHICULOS DE EMERGENCIAS	G.R.S GESTION PARA EL RIESGO Y LA SALUD	2021	60

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 10/08/2024 10:32:54

Documento electrónico: 074b60825b446b5e70cbf79319d8c267c8dbc956a711ff99f5c46801f058b1c5

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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

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: SyG AMBULANCIAS IPS	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: w.w.w.sygambulancias.com	
TELÉFONOS: 6728772	*FECHA DE INGRESO*: DIA 13 MES 4 AÑO 2021	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: conductor	*DEPENDENCIA*: talento humano	*DIRECCIÓN*: bogota	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: GESTION DEL RIESGO Y SALUD	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: gestiondelriesgo.gov.co	
TELÉFONOS: 3014497231	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 7 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 23 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO: OPERADOR LOGISTICO DE ENVENTOS	*DEPENDENCIA*: TALENTO HUMANO	*DIRECCIÓN*: BOGOTA	

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 10/08/2024 10:32:54

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 23-abr-2023

Fecha Validación:10-ago-2024

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*
yelmos logistica		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	w.w.wyelmoslogistica.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3172224453	DIA 1 MES 2 AÑO 2017	DIA 30 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
conductor	TALENTO HUMANO	BOGOTA

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	7	6
Pública	0	0
Total	7	6

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 10/08/2024 10:32:54

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 23-abr-2023

Fecha Validación:10-ago-2024

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. - 23-abr-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LUIS CARLOS BERMUDEZ SUAREZ 23/04/2023 17:10:39
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: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 10/08/2024 10:32:54