FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo De Desarrollo Local Antonio Nariño

Sideap 2.0

Última Actualización: 06-may-2025

Fecha Validación: 06-may-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MENA	GONZALEZ	SANDRA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1077172434

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES NOV AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

CIUDAD Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 28 SUR 51 A 20

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6610931

EMAIL samy862000@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 con Profundización en Educación y
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES NOVIEMBRE AÑO 2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS Y BIENESTAR SOCIAL	4	2025	426731023
Universitaria	8	X		TRABAJO SOCIAL	11	2019	426731023

Firma electronica validador: CHRISTIAN MANUEL PEREZ PEÑA 06/05/2025 09:26:32

Documento electrónico: 5ac52029dc728fa0283ba26396c074be4c987e750e425ba0d217aca098d74c4

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

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
DIPLOMADO EN ANALISIS Y CONSTRUCCION	UNIMINUTO	2019	120

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: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: samy862000@hotmail.com	
TELÉFONOS: 3013810285	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2024	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 10 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO: 1844-2024	*DEPENDENCIA*: PREVENCION DE RIESGO EN SALUD	*DIRECCIÓN*: 9 N° 39-46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	
TELÉFONOS: 3118449211	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 4 AÑO 2023	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO: 4685-2023	*DEPENDENCIA*: SALUD	*DIRECCIÓN*: CALLE 22 SUR # 14A- 11	

Firma electronica validador: CHRISTIAN MANUEL PEREZ PEÑA 06/05/2025 09:26:32

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*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 1 MES 2 AÑO 2022	DIA 31 MES 1 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TRABAJADORA SOCIAL	SALUD	CALLE 22 SUR # 14A-11

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coordinacionequipopapsiviafro@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3753569	DIA 10 MES 11 AÑO 2021	DIA 31 MES 1 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA TRABAJO SOCIAL	SALUD	Calle 9 N° 39-46

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
fundacion semillas de amor		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	semillasdeamor2@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6723567	DIA 3 MES 7 AÑO 2018	DIA 3 MES 6 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliar de trabajo social	psicosocial	carrera 72 # 51a-20

Firma electronica validador: CHRISTIAN MANUEL PEREZ PEÑA 06/05/2025 09:26:32

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo De Desarrollo Local Antonio Nariño

Sideap 2.0

Última Actualización: 06-may-2025

Fecha Validación: 06-may-2025

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*
Asociacion cultural, social y educativa de comunidades negras raizales y		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	f.memoriasvivas@gmailcom

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3183919021	DIA 6 MES 3 AÑO 2017	DIA 30 MES 5 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Gestora Social	COMUNITARIO	CALLE 66 # 113b-51 local 18

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
centro scalabrini para las migracioenes		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	centroscalabrinidemigraciones@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3003180930	DIA 8 MES 3 AÑO 2016	DIA 30 MES 11 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
practicante de trabajo social	migraciones	calle 56 bis # 35-47

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
alcaldia municipal bahia solano	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	alcaldia@bahiasolano-choco.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3146031890	DIA 1 MES 7 AÑO 2009	DIA 30 MES 12 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
gestora social del municipio	social	bahia solano, choco

Firma electronica validador: CHRISTIAN MANUEL PEREZ PEÑA 06/05/2025 09:26:32

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo De Desarrollo Local Antonio Nariño

Sideap 2.0

Última Actualización: 06-may-2025

Fecha Validación: 06-may-2025

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	3	10
Pública	5	2
Total	9	1

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. - 06-may-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

SANDRA MILENA MENA GONZALEZ 06/05/2025 06:30:01

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: CHRISTIAN MANUEL PEREZ PEÑA 06/05/2025 09:26:32

Documento electrónico: 5ac52029dc728fa0283ba26396c074be4c987e750e425ba0d217aca098d74c4

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