Libertad y Orden

|FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
LONDOÑO	TOVAR	HECTOR MARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 13.452.365 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 06754 D.M 5 5

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 29 MES 01 AÑO 1959

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO CAICEDONIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL. 6 No. 74ª-50 APTO 213 Edif. Sorrento

PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO CALI

TELÉFONO 321 800 039 EMAIL hmlt59@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:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1977
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		ARQUITECTO	11	1986	25700-28138 C/Marca

ESPECÍFIQUE 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
INGLES	X				X		X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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 HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co		
TELÉFONOS (032) 322 3232	*FECHA DE INGRESO* DÍA 21 MES 11 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA OBRA	*DEPENDENCIA* PLANEACIÓN		*DIRECCIÓN* CALLE 5 No. 80-00		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA E.S.E		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co		
TELÉFONOS (032) 2642 395	*FECHA DE INGRESO* DÍA 05 MES 06 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO* DÍA 14 MES 12 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA OBRA	*DEPENDENCIA* GERENCIA		*DIRECCIÓN* CALLE 11 CRA 8 ESQ.		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPIO DE CERRITO		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* EL CERRITO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* WWW.ELCERRITO-VALLE.GOV.CO		
TELÉFONOS (032) 256 7051	*FECHA DE INGRESO* DÍA 18 MES 11 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO* DÍA 05 MES 03 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA OBRA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA		*DIRECCIÓN* CALLE 7 No. 11 62		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD RED DE SALUD EL CENTRO E.S.E.		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* saludcentro@esecentro.gov.co		
TELÉFONOS (032) 441 1765	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 10 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DÍA 17 MES 03 AÑO 2015		
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA OBRA	*DEPENDENCIA* GERENCIA		*DIRECCIÓN* CRA. 12 E No. 50-18		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
RED DE SALUD EL CENTRO E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	saludcentro@esecentro.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(032) 441 1765	DÍA 22 MES 06 AÑO 2015	DÍA 03 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	GERENCIA	CRA. 12 E No. 50-18

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI - SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	contactenos@cali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
032 556 6409 – 12 - 17	DÍA 13 MES 07 AÑO 1999	DÍA 10 MES 10 AÑO 1999

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	SECRETARIA DEL DEPORTE Y RECREACION	CALLE 9 No. 37 A - 31

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI - SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	contactenos@cali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
032 556 6409 – 12 - 17	DÍA 22 MES 12 AÑO 1999	DÍA 22 MES 02 AÑO 2000

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	SECRETARIA DEL DEPORTE Y RECREACION	CALLE 9 No. 37 A - 31

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI - SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	contactenos@cali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
032 556 6409 – 12 - 17	DÍA 15 MES 03 AÑO 2008	DÍA 15 MES 06 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	SECRETARIA DEL DEPORTE Y RECREACION	CALLE 9 No. 37 A - 31

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN BERNABE E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	BUGALAGRANDE	ventanillaunica@hospitalsanbernabe.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
223 6322	DÍA 05 MES 11 AÑO 2008	DÍA 19 MES 03 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	SUBGERENCIA	CALLE 7 6 -20

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(032) 322 323	DÍA 12 MES 03 AÑO 2018	DÍA 11 MES 05 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACION	CALLE 5 No. 80-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MUNICIPIO DE CAICEDONIA – VALLE DEL CAUCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CAICEDONIA	Obraspublicas@caicedonia-valle.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(2) 2164537	DÍA 07 MES 05 AÑO 2018	DÍA 11 MES 08 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	ALCALDIA MUNICIPAL CAICEDONIA	CARRERA 16 # 7-52

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIVERSITARIO “EVARISTO GARCIA” E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	pqrsf@huv.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
620 6000	DÍA 02 MES 10 AÑO 2018	DÍA 31 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACION	CALLE 5 No. 36-08

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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 HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co		
TELÉFONOS (032) 322 323	*FECHA DE INGRESO* DÍA 05 MES 08 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 05 MES 10 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA OBRA	*DEPENDENCIA* PLANEACION		*DIRECCIÓN* CALLE 5 No. 80-00		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co		
TELÉFONOS (032) 322 323	*FECHA DE INGRESO* DÍA 16 MES 10 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 15 MES 12 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA OBRA	*DEPENDENCIA* PLANEACION		*DIRECCIÓN* CALLE 5 No. 80-00		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co		
TELÉFONOS (032) 322 323	*FECHA DE INGRESO* DÍA 30 MES 11 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 12 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA OBRA	*DEPENDENCIA* PLANEACION		*DIRECCIÓN* CALLE 5 No. 80-00		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co		
TELÉFONOS (032) 322 323	*FECHA DE INGRESO* DÍA 11 MES 12 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 22 MES 12 AÑO 2020		
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA OBRA	*DEPENDENCIA* PLANEACION		*DIRECCIÓN* CALLE 5 No. 80-00		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(032) 322 323	DÍA 02 MES 10 AÑO 2020	DÍA 26 MES 11 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACION	CALLE 5 No. 80-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(032) 322 323	DÍA 26 MES 11 AÑO 2020	DÍA 15 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACION	CALLE 5 No. 80-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN BERNABE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	BUGALAGRANDE	ventanillaunica@hospitalsanbernabe.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
223 6322	DÍA 02 MES 03 AÑO 2021	DÍA 31 MES 03 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACION	CALLE 5 No. 80-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	hmacore@hospitalmariocorrea.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(602) 3180020	DÍA 11 MES 09 AÑO 2022	DÍA 31 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACIÓN	CL 2ª OESTE 76 -35

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(032) 322 323	DÍA 14 MES 10 AÑO 2022	DÍA 31 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACIÓN	CALLE 5 No. 80-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(032) 322 323	DÍA 15 MES 11 AÑO 2022	DÍA 31 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACIÓN	CALLE 5 No. 80-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	CALI	ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(032) 322 323	DÍA 11 MES 04 AÑO 2023	DÍA 17 MES 04 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA OBRA	PLANEACIÓN	CALLE 5 No. 80-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PUBLICO	5	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	31	5
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	37	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ● 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS