FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Torres	Moncaleano	Camilo Alberto

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1110522367	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1110522367 D.M. 38

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 04 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 1 19 60 Costa Rica

PAÍS COLOMBIA DEPTO AMAZONAS

MUNICIPIO LETICIA

TELÉFONO 3142134979 EMAIL camiloatorresm@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2008
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE PROYECTOS	08	2023	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA MECANICA	11	2017	CN230-132679
PREGRADO	3	X		TECNOLOGIA EN MANTENIMIENTO MECATRONICO DE AUTOMOTORES	07	2014	
PREGRADO	2	X		TECNOLOGO EN ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION	06	2011	
PREGRADO	3	X		TECNOLOGIA ADSI	06	2011	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	09	2025

4 IDIOMAS

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*

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ESPINAL				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6082482818	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	27	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PLANEACION Y CONTROL INTERNO				*DIRECCIÓN* CALLE 4 6 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR - SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3142134979	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO GERENCIA				*DIRECCIÓN* CARRERA 5 null null CALLE 5 ESQUINA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -LETICIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3142134979	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MANTENIMIENTO AUTOMO	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION ADMINISTRAIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 10 13 null 78						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO(A) ESPECIALISTA GERENCIA	*DEPENDENCIA* PLANEACION Y CONTROL INTERNO					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 33 34						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR - SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3142134979	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 null null CALLE 5 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -LETICIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO AMAZONAS	*MUNICIPIO* LETICIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3142134979	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MANTENIMIENTO AUTOMO	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION ADMINISTRAIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 10 13 null 78						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ESPINAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	03	*Año* 2025	*Día*	02	*Mes*	09	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO(A) ESPECIALISTA GERENCIA	*DEPENDENCIA* PLANEACION Y CONTROL INTERNO					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 33 34						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - COYAIMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* COYAIMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3142134979	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* "ADMINISTRACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 null -05						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - COYAIMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* COYAIMA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3142134979	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* "ADMINISTRACION"					*DIRECCIÓN* CALLE 4 2 -5						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	18	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO(A) ESPECIALISTA GERENCIA	*DEPENDENCIA* OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 33 4A 50 Barrio La Francia						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ESPINAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO(A) ESPECIALISTA GERENCIA	*DEPENDENCIA* PLANEACION Y CONTROL INTERNO					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 33 34						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO(A) ESPECIALISTA GERENCIA	*DEPENDENCIA* OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 33 4A null Barrio la Francia						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR - SAN LUIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN LUIS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3142134979	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO GERENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 null null CALLE 5 ESQUINA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	11	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO(A) ESPECIALISTA GERENCIA	*DEPENDENCIA* OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 33 4A 50 Barrio La Francia						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	03	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 Barrio El Carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	12	*Año*	2023	*Día*	27	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECACNICO	*DEPENDENCIA* OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 33 4A 50 Barrio la Francia						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 Barrio El Carmen						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	19	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 33 4A 50 Barrio La Francia					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	11	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS						*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 Barrio El Carmen					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	22	*Mes*	01	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 33 4A 50 barrio la francia					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS						*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	17	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS						*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	18	*Mes*	08	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	17	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2019	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	16	*Mes*	02	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO MECANICO	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1462 - 2017 APOYO A LA GESTION	*DEPENDENCIA* AREA DE RECURSOS FISICOS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 barrio el carmen					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	11	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN MANTENIENDO AUTOM	*DEPENDENCIA* "ALMACEN"					*DIRECCIÓN* AVENIDA 8 21 1 Barrio El Carmen					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

7 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 PÚBLICO	7	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Camilo Torres

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **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