El servicio público es de todos | Función Pública

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
MORAN	SILVA	ADRIANA DEL PILAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 66959683	F (●) M ( )	COL. (●) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 24	MES 04	AÑO 1976	CALLE 1A No. 42 - 112 Apto. 301A El Lido UNIDAD RESIDENCIAL CASA GRANDE SUR I			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Valle del Cauca
DEPTO	Nariño			MUNICIPIO	CALI		
MUNICIPIO	IPIALES			TELÉFONO	3166927238	EMAIL	adriana.moran@cali.gov.co

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: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 07 AÑO 1993
									X	

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		INGENIERIA SANITARIA	11	2002	7623709688-4VLL
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EDUCATIVA	05	2015	NO APLICA

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
Inglés	X			X			X		

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
ALCALDIA SANTIAGO DE CALI - UAESPM - AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
		uaespm@cali.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8854666	DÍA 03 MES 09 AÑO 2019	DÍA 30 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS PRESTACION DE SERVICIOS	AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BAS	Calle 7 No. 4 - 70

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA SANTIAGO DE CALI - UAESPM - AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
		uaespm@cali.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8854666	DÍA 20 MES 06 AÑO 2019	DÍA 30 MES 08 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES	UAESPM - AGUA POTABLE Y SANEAM	Calle 7 No. 4 - 70

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA SANTIAGO DE CALI - UAESPM - AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BASICO	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
		uaespm@cali.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8854666	DÍA 28 MES 02 AÑO 2019	DÍA 23 MES 04 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BAS	Calle 7 No. 4 - 70

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Biblioteca Pública Municipal Carlos César Puyana		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Nariño	PASTO	info@parquesoftpasto.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7 736 4918	DÍA 06 MES 12 AÑO 2016	DÍA 30 MES 06 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Coordinador Biblioteca	Biblioteca	Cra. 30 No. 17-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Secretaria de Salud Pùblica Municipal de Cali	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	CALI	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5542530	DÍA 17 MES 02 AÑO 2016	DÍA 30 MES 06 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Ingeniera Sanitaria FORTALECIMIENTO SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUB	Grupo Salud Ambiental	Calle 4B No. 36 - 00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5542530	DÍA 14 MES 02 AÑO 2015	DÍA 31 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Ingeniera de apoyo en proyecto 4145.0.26.1.421-2015	GRUPO DE SALUD AMBIENTAL	CALLE 4B # 36-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONTROL AMBIENTAL INTEGRAL C.A.I. C.T.A.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	CALI	info@controlambiental.org

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3335147	DÍA 01 MES 03 AÑO 2011	DÍA 31 MES 05 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Ing Sanitario	SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MU	CARRERA 50 No. 13A - 110

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PRESTADORES DE SERVICIOS			

AGRUPADOS P.S.A.		X	Colombia

DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** cooperativapsa@emcali.net.co
TELÉFONOS 5563317	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 02 **AÑO** 2010	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2010
CARGO O CONTRATO Ing Sanitario	**DEPENDENCIA** SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MU	**DIRECCIÓN** CALLE 3 No. 25 - 32 PISO 2

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PRESTADORES DE SERVICIOS AGRUPADOS - PSA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** cooperativapsa@emcali.net.co
TELÉFONOS 5563317	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 04 **AÑO** 2009	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2009
CARGO O CONTRATO Ing Sanitaria	**DEPENDENCIA** SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MU	**DIRECCIÓN** CALLE 3 No.25 - 32 PISO 2

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Control Ambiental Integral - Cooperativa de Trabajo Asociado CAI - CTA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia

DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 333 51 47	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 10 **AÑO** 2002	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 31 **MES** 12 **AÑO** 2008
CARGO O CONTRATO Ingeniero Sanitario	**DEPENDENCIA** Salud	**DIRECCIÓN** Carrera 50 No. 13A - 110

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDADE 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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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