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
PAZ	MAÑUNGA	MARICEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 29119893	F (●) M ( )	COL. (●) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	**DÍA** 05	**MES** 01	**AÑO** 1979	CALLE 1 # 49-40 SILOE CASA SILOE			
PAÍS	Colombia			**PAÍS**	Colombia	**DEPTO**	Valle del Cauca
DEPTO	Valle del Cauca			**MUNICIPIO**	CALI		
MUNICIPIO	CALI			**TELÉFONO**	3184667391	**EMAIL**	maria.rivas@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 comercial
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 07 AÑO 1998

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
SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	CALI	contratossalud@cali.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5542530	DÍA 24 MES 01 AÑO 2017	DÍA 01 MES 07 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
OPERARIO 4145.0.26.1.150	GRUPO SALUD AMBIENTAL	calle 4B # 36-00

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Valle del Cauca	CALI	contratossalud@cali.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO

5542530	**DÍA** 01	**MES** 07	**AÑO** 2016	**DÍA** 31	**MES** 12	**AÑO** 2016	
CARGO O CONTRATO OPERARIO PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	**DEPENDENCIA** GRUPO SALUD AMBIENTAL			**DIRECCIÓN** calle 4B # 36-00			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD secretaria de salud pública municipal		**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia			
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** contratossalud@cali.gov.co			
TELÉFONOS 5542530	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 12	**MES** 02	**AÑO** 2016	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30	**MES** 06	**AÑO** 2016	
CARGO O CONTRATO operario PRESTAR SERVICIOS DE AOPYO A LA GESTION	**DEPENDENCIA** GRUPO SALUD AMBIENTAL			**DIRECCIÓN** Calle 4B # 36-00			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD axa distribuciones		**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia			
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	**MUNICIPIO** CALI			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**			
TELÉFONOS 5717404040	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 06	**MES** 03	**AÑO** 2009	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 16	**MES** 09	**AÑO** 2012	
CARGO O CONTRATO vendedora	**DEPENDENCIA** ventas			**DIRECCIÓN** carrera 34 Nº 6 - 70 Bogota			

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 Cali 06 de Julio de 2020

Maricel Paz Mañunga

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