FOTO DIGITAL

**HOJA DE VIDA**

# DENOMINACIÓN DEL PUESTO

**1.- DATOS PERSONALES:**

Nombre:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Cédula de Identidad o Pasaporte:

Lugar de Nacimiento:

País:

Ciudad:

Nacionalidad y Tiempo de Residencia en el Ecuador:

Nacionalidad:

Tiempo de residencia en el Ecuador (Únicamente para extranjeros):

* Años:
* Meses:

Establezca su autodefinición étnica (sólo para ciudadanas/os ecuatorianas/os):

Marque una “x” sobre el grupo étnico al cual Ud. define que pertenece:

Afroecuatoriano

Montubio

Indígena

Mestizo

Blanco

Otros:

Dirección Domiciliaria:

País:

 Ciudad:

 Cantón:

 Dirección:

Teléfonos: Fijo:

 Celular:

Correo electrónico:

Licencia de conducir profesional: NO SI

Categoría:

Vigencia: Desde (dd/mm/aaaa):

 Hasta (dd/mm/aaaa):

Personas con discapacidad: NO SI

Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porcentaje de discapacidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de carnet:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Sufre de Alguna enfermedad Catastrófica? NO SÍ

Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Se encuentra a cargo de una persona con discapacidad severa o enfermedad catastrófica? SÍ NO

Si se encuentra a cargo de una persona con discapacidad severa o enfermedad catastrófica, señale:

a) Nombre de la persona con enfermedad o discapacidad:

b) Parentesco:

c) Cédula de Identidad de la persona mencionada:

d) Nº del Certificado de la persona mencionada:

e) Tipo de discapacidad o enfermedad catastrófica:

f) Porcentaje de discapacidad:

**2.- INSTRUCCIÓN**

(No es requerido llenar todos los casilleros, responda únicamente en los que correspondan a su último nivel de instrucción o aquellos que se encuentren en relación a los requisitos del puesto al cual postula)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel de Instrucción** | **Título Obtenido** | **Nombre de la Institución Educativa** | **N° Registro SENESCYT**  | **Lugar (País y ciudad)** |
| Secundaria |  |  |  |  |
| Técnico Superior |  |  |  |  |
| Título de Tercer Nivel |  |  |  |  |
| Título de Cuarto Nivel (Posgrado) |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |

**3.- TRAYECTORIA LABORAL (EXPERIENCIA LABORAL)**

**(Describa desde su trabajo actual o último hasta el primero. Incluya, únicamente, información laboral que tenga relación específica con el puesto de trabajo al que está postulando. Si es necesario, incluya o disminuya filas en la siguiente tabla). El tiempo de trabajo debe ser justificado con los debidos certificados.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHAS DE TRABAJO** | **ORGANIZACIÓN O EMPRESA / PAIS** | **DENOMINACION DEL PUESTO** | **RESPONSABILIDADES / ACTIVIDADES / FUNCIONES** | **RAZONES DE SALIDA** |
| DESDE(dd/mm/aaa) | HASTA(dd/mm/aaa) | TOTAL TIEMPO DE TRABAJO (AÑOS Y MESES) |
| TOTAL AÑOS | TOTAL MESES |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |

**4.- CAPACITACIÓN:**

(Incluya únicamente los eventos de capacitación relacionados con el puesto al que está postulando, efectuados en los últimos cinco años. Si es necesario, incluya más filas en la siguiente tabla)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre el Evento** | **Nombre de la Institución Capacitadora** | **Lugar (País y ciudad)** | **Fecha del Diploma (dd/mm/aaa**) | **Tipo Diploma:** | **Duración en horas** |
| **Asistencia** | **Aprobación** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, EN LOS TRES ÚLTIMOS PERÍODOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Período de Evaluación** | **Institución en la cual se efectuó la evaluación** | **Evaluación Obtenida****(En letras y números)** |
| **1º** |  |  |  |
| **2º** |  |  |  |
| **3º** |  |  |  |

**OBSERVACIONES:**

**DECLARACIÓN:** DECLARO QUE, todos los datos que incluyo en este formulario son verdaderos y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo cualquier responsabilidad. Acepto mi responsabilidad en caso de comprobar falsedad o inexactitud en alguna de sus partes, y me sujeto a las normas establecidas por la Empresa y otras disposiciones legales vigentes.

**Nombre de la o el Aspirante: Firma**

**Lugar y Fecha de Presentación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# Indique el Número de hojas que tiene esta Hoja de Vida