# HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE AL CARGO DE ……………..

Su Foto Aquí

**1.- DATOS PERSONALES**

**APELLIDOS Y NOMBRES:**

**CEDULA DE CIUDADANIA y/o PASAPORTE:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**ESTADO CIVIL:**

**PROVINCIA:**

**CIUDAD:**

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO FIJO:**

**CELULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**N° CARNE CONADIS (En caso de existir):**

**ACCIÓN AFIRMATIVA: Afro Ecuatoriano--- Indígena--- Montubio---Migrante----**

##### 2.- INSTRUCCIÓN

Responda únicamente lo que corresponda a su último nivel de instrucción.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel de**  **Instrucción** | **Nombre de la Institución** | **Especialización** | **Título** | **Registro SENESCYT** |
| Primaria |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |
| Técnico / Tecnológico |  |  |  |  |
| Profesional (Tercer Nivel) |  |  |  |  |
| Post-Grado |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |

# 3.- EXPERIENCIA LABORAL

Incluir únicamente información laboral que tenga relación específica con el puesto de trabajo al que está postulando. Si es necesario, adicione más filas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIEMPO DE LABOR** | | | **Organización / Empresa** | **Denominación del Puesto** | **Responsabilidades /Actividades/Funciones** |
| **FECHA INICIO** | **FECHA FIN** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

4.- CAPACITACIÓN ESPECÍFICA:

Incluir únicamente los eventos de capacitación relacionados con el puesto al que está postulando, de los últimos cinco años. Adicione más filas de ser necesario.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL EVENTO** | **AÑO** | **HORAS** | **DIAS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Nota:** En caso de no se indique y certifique la duración en horas de el o los eventos de capacitación asistidos, la UATH’s institucional le asignará 1 hora por día cursado.

**5.- ACCIÓN AFIRMATIVA (ESPECIAL)**

Se encuentra a su cargo Persona con Discapacidad severa o enfermedad catastrófica? **SI\_\_\_ NO\_\_\_\_\_**

Si se encuentra a cargo Persona con Discapacidad severa o enfermedad catastrófica señale:

1. Nombre de la persona con enfermedad catastrófica o severa………………………………
2. Cédula de identidad y/o pasaporte de la persona mencionada……………………………….
3. Número del certificado del CONADIS de la persona mencionada…………………………..
4. Tipo de parentesco……………………………………………………………….

**APELLIDOS Y NOMBRES**

**FIRMA**

**IMPORTANTE:** Entregar este formulario, así como la documentación comprobatoria ordenada de acuerdo con la secuencia de la presente Hoja de Vida.

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