

HOJA DE VIDA

POSTULACIÓN

Cargo al que aplica

**DATOS PERSONALES DEL (LA)
FUNCIONARIA**

Cédula Ciudadanía:	Pasaporte No.	Nacionalidad
--------------------	---------------	--------------

Nombres completos:	Apellidos Completos:
--------------------	----------------------

Fecha de Nacimiento	Edad	Género	Tipo de Sangre	Estado Civil
---------------------	------	--------	----------------	--------------

Mestizo <input type="checkbox"/>	Montubio <input type="checkbox"/>	Autoidentificación	Afroecuatoriana <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	cual: _____
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------	------------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------

Cargas Familiares

Personas que dependen de usted	Hijos <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Padres <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	_____
--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------

Estado Laboral actual

<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Desempleado	EMPRESA O INSTITUCIÓN	_____	Teléfono	_____
-----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	-------	----------	-------

Años en el sector Público	Familiares que laboren en la Institución	Hijos <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Padres <input type="checkbox"/>	Hermanos <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Parentesco	_____
---------------------------	------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------	-------

Licencia de Conducir:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Categoría 1	Tipo	Restricción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Caducidad	año mes día
-----------------------	---------------------------------------------------------	-------------	------	-------------	---------------------------------------------------------	--------------------	-------------

Información Domiciliaria

País	Provincia	Ciudad	Residente Galápagos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
------	-----------	--------	---------------------	---------------------------------------------------------

Parroquia	Sector	Calle Principal:	Calle Secundaria	Número:
-----------	--------	------------------	------------------	---------

Referencia	Teléfono Domiciliario	Teléfono Familiar o persona de contacto
------------	-----------------------	-----------------------------------------

Celular 1	Celular 2	Correo Electrónico 1	Correo Electrónico 2
-----------	-----------	----------------------	----------------------

DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

Tiene alguna discapacidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo	Porcentaje	Institución o Centro de Registro	Fecha de Registro
---------------------------	---------------------------------------------------------	------	------------	----------------------------------	-------------------

Padece actualmente de alguna Enfermedad Catastrófica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cual	Institución o Centro de Registro	Fecha de Registro
------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	------	----------------------------------	-------------------

Familiar con discapacidad severa que dependen de usted	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parentesco	Tipo	Porcentaje	Institución o Centro de Registro	Fecha de Registro	No de Documento C.I./Pasaporte:
--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	------------	------	------------	----------------------------------	-------------------	---------------------------------

Familiar con enfermedad catastrófica que dependen de usted	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parentesco	Cual	Institución o Centro de Registro	Fecha de Registro	No de Documento C.I./Pasaporte:
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	------------	------	----------------------------------	-------------------	---------------------------------

En caso de ser afirmativo alguno de los puntos antes citado, se deberá presentar la documentación notariada que acredite la información registrada

OFICIO - SUBACTIVIDADES

Oficio:	Descripción:
---------	--------------

INSTRUCCIÓN FORMAL

Nivel Instrucción	Institución Educativa	Título Obtenido	No de Registro SENESCYT MINISTERIO DE EDUCACIÓN
Primaria			
Secundaria			
Técnico Superior			
Título Profesional			
Post-Grado			
Otros			

EXPERIENCIA

INSTITUCIÓN	ÁREA DE TRABAJO	PUESTO	FECHA DESDE	FECHA HASTA	ACTIVIDADES

CAPACITACION ESPECIFICA

INSTITUCIÓN	Tipo del Evento	Area de estudio	Nombre del evento	Tipo de Certificado	fecha desde	fecha hasta	días	horas

En caso de que la o el postulante o Servidor no indique y certifique la duración en horas de los eventos de capacitación, TITH asignará 1 hora por día cursado

¿DISPONE DE RESULTADOS DE EVALUACION DE DESEMPEÑO, EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS?

INSTITUCIÓN	Fecha desde	Fecha hasta	Calificación Obtenida	Observaciones

LOGROS PERSONALES

TIPO DE LOGRO	DESCRIPCIÓN

ACCIONES AFIRMATIVAS

Sección de participación de migrantes y exmigrantes		
*Eres un migrante ecuatoriano que vive o vivió en el exterior?:	SI	NO

Héroes y heroínas

Héroes y heroínas *Eres héroe o heroína de la patria?:	SI	NO	*Eres excombatiente de algún conflicto armado?:	SI	NO

DECLARACION: 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. En el caso de que corresponda a ofertas laborales, acepto la anulación 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

Lugar y Fecha de Presentación: _____ FIRMA _____

Indique el número de fojas que adjunta a esta hoja de vida:

Nota 1: En caso de requerirlo se deberá presentar originales y copias de todos los documentos que respalden las actualizaciones por nuevos ingresos a las carpetas.

Nota 2: El documento debe contener letra imprenta legible y no se aceptarán, tachones o enmendaduras. La inobservancia a esta se tomará como eliminación del postulante