



HOJA DE VIDA

PARA EL CONCURSO DE MÉRITOS Y OPOSICIÓN DEL PUESTO DE:

FOTO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE CONVOCA AL CONCURSO:

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE LOJA

1.- DATOS PERSONALES DEL (DE LA) PARTICIPANTE:

Nombre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Dirección Domiciliaria:

Provincia

Cantón

Parroquia

Dirección

Teléfono(s):

Convencionales

Celular o Móvil

Correo electrónico:

Cedula Identidad:

Personas con discapacidad: N° de carné del CONADIS:

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 | Nombre de la Institución Educativa | Especialización | Título Obtenido |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Primaria | | | |
| Secundaria | | | |
| Técnico Superior | | | |
| Título Profesional (Tercer Nivel) | | | |
| Post- Grado | | | |
| Otros | | | |

3.- TRAYECTORIA LABORAL (EXPERIENCIA LABORAL)

(Incluya únicamente información laboral que tenga relación específica con el puesto de trabajo al que está postulando. Si es necesario, incluya más filas en la siguiente tabla)

| FECHAS DE TRABAJO | | | Organización o Empresa | Denominación del Puesto | Responsabilidades /Actividades/Funciones | Razones de salida |
|-------------------|-------|---------------|------------------------|-------------------------|--|-------------------|
| DESDE | HASTA | Nº meses/años | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

4.- CAPACITACIÓN ESPECIFICA:

(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 del Evento | Nombre de la Institución Capacitadora | Tipo Diploma: | | Duración en horas |
|-------------------|---------------------------------------|---------------|------------|-------------------|
| | | Asistencia | Aprobación | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nota: En caso de que la o el postulante no indique y certifique la duración en horas de el o los eventos de capacitación asistidos, la UARHs institucional le asignará 1 hora por día cursado.

¿DISPONE DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO, EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

Sí No

Periodos de Evaluación: _____

Institución que efectuó la evaluación: _____

Evaluación Obtenida: _____

DECLARACIÓN: 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 que esta oferta sea anulada 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.

Nombre del Aspirante

Firma

Lugar y Fecha de Presentación:

Indique el Número de hojas que adjunta a esta Hoja de Vida

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