**HOJA DE VIDA**









#### NOMBRE DE LA INSTITUCION

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Riobamba

#### UNIDAD Y CARGO

**1.- DATOS PERSONALES**

**Nombre:**

Nombres

Apellido Materno

Apellido Paterno

**Lugar de Nacimiento:**

Ciudad

País

**Nacionalidad o Tiempo de Residencia en el Ecuador:**

**Dirección Domiciliaria:**

Parroquia

Cantón

Provincia

Dirección

**Teléfono(s):**

Convencionales

Celular o Móvil

**Cédula de Identidad o Pasaporte:**

**Correo electrónico:**

**Personas con discapacidad:** Nº de carnet del CONADIS**:**

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

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

 Montubio

 Indígena

 Mestizo

 Blanco

 Otros:

**Actualmente, ¿es un migrante ecuatoriano en el exterior?** SÍ NO

En caso de ser positiva su respuesta, en qué país se ubica hoy? Total Años:

**¿Sufre de Alguna enfermedad Catastrófica?** SÍ NO **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) Cédula de Identidad de la persona mencionada:**

**c) Nº del Certificado del CONADIS de la persona mencionada:**

##### 2.- INSTRUCCIÓN

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel de****Instrucción** | **Nombre de la Institución Educativa** | **Título Obtenido** | **Registro SENECYT** | **Lugar****(País y ciudad)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# 3.- TRAYECTORIA LABORAL (EXPERIENCIA LABORAL)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHAS DE TRABAJO** | **Organización/ Empresa;** **y el país donde laboró** | **Denominación del Puesto** | **Responsabilidades /Actividades/Funciones** | **Razones de salida** |
| DESDE(dd/mm/aa) | HASTA(dd/mm/aa) | Nº meses/ años |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Nota: Acreditar experiencia laboral mediante la presentación de certificados.

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)

| **Institución** | **Tipo de evento** | **Área de estudios** | **Nombre del Evento** | **Días** | **Horas** | **Fecha** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Nota:** En caso de que la o el postulante no indique y certifique la duración en horas del o los eventos de capacitación asistidos, por la Dirección General de Talento Humano y Desarrollo institucional le asignará 1 hora por día cursado.

Acreditar capacitación mediante la presentación de certificados (de los últimos 5 años y relacionados con derechos humanos de niñez y adolescencia y/o el Sistema de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia.

**SOLO PARA PERSONAS QUE LABORARON O LABORAN COMO SERVIDORAS/ES PÚBLICOS: 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)** |
|  |  |  |  |

**5.- OTROS:**

* Copia a color de la cédula de ciudadana o pasaporte;
* Copia de papeleta de la última votación;
* Presentar Certificado de Responsabilidades otorgado por la Contraloría General del Estado.
* Certificado de no tener impedimento legal de ejercer cargo público.
* Certificado de no mantener contratos vigentes como proveedor del Estado otorgado por el SERCOP.
* Declaración Juramentada de no encontrarse incurso en las inhabilidades e incompatibilidades establecidas en el artículo 16.

**Nota:** la falta de presentación de uno o más requisitos deja fuera al postulante.

**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 que esta postulación 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 de él o la Postulante Firma**

**Lugar y Fecha de Presentación:** …………………………………………………………………………

**Indique el Número de anexos que tiene esta Hoja de Vida**