

EMPRESA PUBLICA MUNICIPAL DE MOVILIDAD, TRANSITO Y TRANSPORTE DE CUENCA, EMOV EP

POSTULANTES CONCURSO DE MÉRITO Y OPOSICIÓN NOVIEMBRE 2018

DATOS INSTITUCIONALES												
Cargo al que aplica												
DATOS PERSONALES DEL O LA POSTULANTE												
Cédula Ciudao	lanía:		Pasaporte	No.							Na	ncionalidad
							J		<u> </u>			
	Nombres o	completos:						Ape	ellidos (Comple	tos:	
Fecha de Nacimiento Edad Género Tipo de Estado Civil												
	ĺ	años M	F LGBTI	1	Sangre		Soltero		Casado	,	Divorc	iado Unión libre Otro
Autoidentificación												
Mestizo	Montubio	Afrooecu	atoriano Indíg	gena	Blanco]	Otros]	Cual:	
Cargas Familiares												
Personas que dependan de usted												
Hijos Cón		Padres	Otro	os	İ							
Estado Laboral actual												
FECHA DE INGRESO AREA DE TRABAJO VINCULACIÓN CARGO TITULAR												
DIA MES AÑO												
Años en el sector Familiares que laboren Parentezco												
Público en la Institución												
		Hijos Cónyuge	Padres Hermanos	- ∟	Otros							
Licencia de Conducir:	Especfique	las categorías que posee (A) (I	B) (C) (D) (E)						TIPO			
Si No Categoria		Categoria	Categoria	Re	estricción	Si		No			Fecha d	e Caducidad
				-								DIA MES AÑO
			Dir	rección	Domiciliaria							
País	Provi	incia	Ciudad			Parro	oquia					Sector
]		
Calle Principal:		Cal	le Secundaria	Númer	ro:	Reci	dente Ga	alápagos	_		Extranjero	Fecha de registro
					Si			No]	Si	No	DIA MES AÑO
Celular 1	1 1	Celular 2	1 1		Correo Electro	ónico 1			ı	i	C	Correo Electrónico 2
En caso de emergencia indique el nombre de una persona de Contacto Teléfono convencional Celular												
Ejem. (07 2 805028) Ejem. (0912345678)												
DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD CATASTRÓFIA												
Tiene alguna discapacidad					Institu	ción o Ce	entro de R	Regitro				Fecha de Regisro
Si No Tipo	Pe	orcentaje										DIA MES AÑO
Padece actualmente de alguna Enfermedad	Catastrófica	i i			Institu	ción o Ce	entro de R	Regitro				Fecha de Regisro
Si No Cual												DIA MES AÑO
Familiar con discaca	oacidad severa que	dependan de usted /Sustituto		SUSTITU	ло	Instituci	ón o Cent	tro de Regitro		F	echa de Regisro	No de Documento C.I./Pasaporte :
Si No Parentezco		Tipo	entaje <u>Si</u>	No]			
Familiar con enfermedad catastrófica que d	ependan de usted				Institució	n o Centr	o de Regi	itro		F	echa de Regisro	No de Documento C.I./Pasaporte
	İ	1 1		1 1			_		l	ĺ	I I	1 1
Si No Parentezco Cuál												
En caso de ser afirmativo alguno de los puntos antes citado, se deberá presentar la documentación notarizada que acredite la información registrada												
OFICIO - SUBACTIVIDADES												
Oficio :		Descripción:										
					,							
			INS	TRUCC	CIÓN FORMAL							
Nivel Instrucción		Institución Ed	ucativa				Título	Obtenido				No de Registro SENESCYT
Primaria Secundaria												
Secundaria Técnico Superior				+							+	
Titulo Profesional												
Post-Grado Otros				_	·							
Otros	1											
		EXPERIENCIA EN EI	L SECTOR PÚBLICO Y/O F	PRIVAD	OO (COLOCAR D	E LA M	IÁS NU	JEVA A LA MÁ	S ANTI	GUA)		
	T			SFI	LECCIONE TIPO		EECH	DESDE	1	EFOU	HASTA	1
INSTITUCIÓN /EMPRESA	SECTOR PUBL/ PRIV	ÁREA DE TRABAJO	CARGO	NO	OMBRAMIENTO / ECTO PÚBLICO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	ACTIVIDADES
							Ē					
				1					1	1	1	
	 			1		-	-	1	1	1	1	

CAPACITACIÓN ESPECIFICA												
INSTITUCIÓN	Tipo del Evento	Area de estudio	Nombr	e del evento		Tipo de Ceritificado			fecha desde		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, TTHH asignará 1 hora por dia cursado												
DISPONE DE RESULTADOS DE EVALUACION DE DESEMPEÑO, EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS?												
INSTITUCIÓN	Fecha desde		Fecha hasta		Calif	nida obse			rvaciones			
			ı				I					
LOGROS PERSONALES												
TIPO DE LOGRO DESCRIPCIÓN												
PERSONAL	DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF											
ACADÉMICO												
LABORAL												
OTROS												
			ACCIONE	S AFIRMATIVAS								
	Sección de participación de migrantes y exmigrantes											
	*Eres un migrante ecuatorial			riano que vive o vivió en el exterior?:								
Héroes y heroínas												
Héroes y heroinas "Eres héroe o heroina de la patria?: SI NO "Eres ex-combatiente de algún conflicto armado?:									SI NO			
Thereby a recommendation of the partial												
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: En caso de requierlo se deberá presentar originales y copias de todos los documentos que respalden las actualizaciones por nuevos ingresos a las carpetas.