



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

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

M

F

LGBTI

Soltero

Casado

Divorciado

Unión libre

Otro

Autoidentificación

Mestizo

Montubio

Afroecuatoriano

Indígena

Blanco

Otros

cual:

Cargas Familiares

Personas que dependen de usted

Hijos Cónyuge Padres Otros

Estado Laboral actual

Empleado Desempleado EMPRESA O INSTITUCIÓN Teléfono

Años en el sector Público Familiares que laboren en la Institución Parentesco

Licencia de Conducir:

Si No Categoría 1 Categoría 2 Restricción Si No Fecha de Caducidad

Dirección Domiciliaria

Pais Provincia Ciudad Recidente Galápagos Si 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 Institución o Centro de Registro Fecha de Registro

Padece actualmente de alguna Enfermedad Catastrófica Institución o Centro de Registro Fecha de Registro

Familiar con discapacidad severa que dependen de usted Institución o Centro de Registro Fecha de Registro No de Documento C.I./Pasaporte :

Familiar con enfermedad catastrófica que dependen de usted 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	Área 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, TTHH 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 ex-combatiente 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: En caso de requerirlo se deberá presentar originales y copias de todos los documentos que respalden las actualizaciones por nuevos ingresos a las carpetas.