



SERVICIO INTEGRADO DE SEGURIDAD ECU 911
CONCURSO DE MÉRITOS Y OPOSICIÓN
FICHA DE INFORMACIÓN PERSONAL

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

N° CÉDULA DE CIUDADANÍA: _____ N° Cédula Militar: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Ciudad de nacimiento: _____

ESTADO CIVIL: Soltero/a: ____ Casado/a: ____ Unión Libre: ____ Divorciado/a: ____ Viudo/a: ____
N° hijos (menores de edad): ____ N° hijos (mayores de edad): ____

CARGO AL QUE APLICA: _____ Ciudad a la que aplica: _____

UNIDAD ADMINISTRATIVA: _____

DIRECCIÓN DOMICILIARIA: _____

PROVINCIA: _____ Cantón: _____ Parroquia: _____

TELÉFONO DEL DOMICILIO: _____ Celular: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿POSEE DISCAPACIDAD? Si: ____ No: ____ N° Carnet del CONADIS: _____ Grado de discapacidad: _____

EXPERIENCIA

LUGAR ACTUAL DE LABORES (APLICA SOLO SI SE ENCUENTRA LABORANDO ACTUALMENTE). Lugar de trabajo : _____

Cargo que desempeñaba: _____

Tipo de contrato: Plazo fijo: ____ Ocasional: ____ Por temporada: ____ Reemplazo: ____

RMU percibida: _____

Tiempo de labores en la Institución: _____

INSTRUCCIÓN FORMAL

BACHILLER EN: _____

ESTUDIANTE UNIVERSITARIO: Universidad: _____

Carrera: _____

Año o semestre que cursa actualmente: _____

Egresado: ____

SUPERIOR COMPLETO:	Universidad: _____
	Título obtenido: _____
	Año de graduación: _____
	Egresado: _____

TÍTULO DE CUARTO NIVEL/OTROS	Diplomado: _____ Especialización: _____ Maestría: _____ PHD: _____ Otros: _____
	Universidad: _____
	Título obtenido: _____
	Año de graduación: _____
	Egresado: _____

Su cónyuge, hijos o familiares dependientes económicamente de Usted posee discapacidad:	SI _____ NO _____
	Detalle quién: _____

Número carnet CONADIS (si aplica): _____
--

Tipo de discapacidad/porcentaje(si aplica): _____

Usted, su cónyuge o conviviente en unión de hecho legalmente reconocidos, padre, madre, hermana, hermano, hija o hijos son dependientes económicamente de Usted, poseen enfermedad catastrófica.	SI _____ NO _____
	Detalle quién: _____

NOTA: Todos los casilleros deberán estar llenos y en caso de tener algún cambio en los datos consignados, favor notificar inmediatamente, a la Dirección de Administración de Talento Humano

FECHA: _____
FIRMA: _____