



“CONVOCATORIA PÚBLICA DE MÉRITOS CON MIRAS A LA DESIGNACIÓN DEL CARGO DE ASESOR,
CÓDIGO 108, GRADO 11 DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL
DE SALUD-IDS-, PARA EL PERIODO LEGAL 2018 – 2021”

FORMULARIO DE POSTULACION

INFORMACION SOBRE EL CARGO

DENOMINACIÓN:	FECHA DE INSCRIPCIÓN:
---------------	-----------------------

INFORMACION DEL ASPIRANTE:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
CEDULA DE CIUDADANIA N°	DE:	LIBRETA MILITAR N°	DISTRITO	
PROFESION	DIRECCION OFICINA	TELEFONO	CIUDAD	
DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO	CIUDAD	BARRIO	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRONICO	N° DE CELULAR			
LUGAR DE NACIMIENTO	EDAD			

INFORMACION ACADEMICA:

CLASE DE ESTUDIOS	FECHA DE INICIO DE ESTUDIOS			FECHA DE TERMINACION DE ESTUDIOS			ESTABLECIMIENTO ANTERIOR	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO			DIA	MES	AÑO

CLASE DE ESTUDIOS
SECUNDARIOS (SCI), TECNICOS (TC), TECNOLOGICOS (TG), UNIVERSITARIOS (UN), ESPECIALIZACION (ES), MAESTRIA (MS), DOCTORADO (DC).

EXPERIENCIA LABORAL:

NOMBRE DEL CARGO ACTUAL:				ENTIDAD:				TELEFONO							
DIRECCION				JEFE INMEDIATO				CARGO				TELEFONO			
CARGOS ANTERIORES		AÑO	DESDE			HASTA			CARGO	CIUDAD	TELEFONO				
ENTIDAD			DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO							

Certifico que toda la información por mi suministrada y contenida en este formulario y folios anexos, corresponde estrictamente a la verdad, manifestación que hago bajo gravedad de juramento, y así mismo autorizo para que pueda ser verificada.

Declaro que no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad para el caso de ser seleccionado.

Manifiesto expresamente que acepto comunicaciones y notificaciones mediante publicación correspondiente en la página web: www.cucuta-nortedesantander.gov.co

FIRMA: _____

FIRMA DE QUIEN RECIBE

FECHA DE RECEPCION

NUMERO DE FOLIOS ANEXOS

DESPRENDIBLE PARA EL POSTULANTE:



Libertad y Orden



**Gobernación
de Norte de
Santander**

**CONVOCATORIA PÚBLICA DE MÉRITOS CON MIRAS A LA DESIGNACIÓN DEL CARGO DE JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE
LAS ENTIDADES PUBLICAS DE ORDEN DEPARTAMENATAL**

N° FOLIOS _____

FUNCIONARIO QUE RECIBE: _____ FIRMA: _____

AÑO: _____ MES _____ DIA _____.