Libertad y Orden

Gobernación de Norte de Santander

"CONVOCATORIA PÚBLICA DE MÉRITOS CON MIRAS A LA DESIGNACIÓN DEL CARGO DE PROFESIONAL UNIVERSITARIO- CONTROL INTERNO, GRADO 12, CÓDIGO 219 DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE 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:

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_____.