|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA** |  |  |
| **INSCRIPCIÓN SELECCIÓN POR MERITO PARA DIRECTOR DE HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ** |  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I N F O R M A C I O N B A S I C A D E L A S P IR A N T E** | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | | | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO O RESIDENCIA | | | | | | | TELÉFONO CELULAR | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| TARJETA, REGISTRO O MATRICULA PROFESIONAL | | | | | | | TELEFONO FIJO | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | FECHA DE LA INSCRIPCIÓN | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **R E L A C I Ó N D E S O P O R T E S** | | | | | | | | | | | | |
| **EDUCACIÓN** | **TÍTULO OBTENIDO** | | | | | | **FECHA DE GRADO** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **EXPERIENCIA** | **ENTIDAD** | | | | | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FEHA DE INICIO** | | **FECHA FINALIZACIÓN** | | | |
|  | | | | |  |  | |  | | | |
|  | | | | |  |  | |  | | | |
|  | | | | |  |  | |  | | | |
|  | | | | |  |  | |  | | | |
|  | | | | |  |  | |  | | | |
|  | | | | |  |  | |  | | | |
| **ADJUNTA CEDULA DE CIUDADANÍA SI** | |  | **NO** |  |  | **ADJUNTA TARJETA O MATRICULA PROFESIONAL SI** | |  | | **NO** |  |  |
|  | | | | | | |  | | | | | |
| **C O N D I C I O N E S** | | | | | | | | | | | | |
| 1. Declaro que no me encuentro incurso dentro de las causales constitucionales y legales de inhabilidad e incompatibilidad o prohibiciones para desempeñar empleos públicos, en caso que deba posesionarme. 2. Acepto las reglas de selección y ponderación de requisitos de la convocatoria y su reglamentación de acuerdo con la resolución “*Por el cual se establecen las reglas para la selección por mérito de un empleo de libre nombramiento y remoción de la planta de personal de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana”.* 3. Declaro que la información de los documentos y soportes de la experiencia y la educación en mi hoja de vida es real y autorizo a la ESE hospital Universitario de la Samaritana y a la Gobernación de Cundinamarca a comprobar la autenticidad de la información. 4. Declaro que conozco y acepto planamente las condiciones de la convocatoria. Que el empleo a proveer es de libre nombramiento y remoción, y que por su forma de selección no se pierde la facultad discrecional del nominador de terminar el vínculo laboral. 5. Acepto que el proceso en cualquier etapa sea declarado desierto sin que exista derecho a reclamación debido a la naturaleza del empleo. | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA DEL ASPIRANTE  DILIGENCIADO EL PRESENTE FORMATO DE INSCRIPCIÓN, SE ESCANEA Y DEBE SER ENVIADO CON LA HOJA DE VIDA Y SUS SOPORTES AL COREO: [seleccion.hospitalzipaquira@cundinamarca.gov.co](mailto:seleccion.hospitalzipaquira@cundinamarca.gov.co) | | | | | | | | | | | | |