**Formulario Hoja de Vida**

1. **Datos generales**

|  |  |
| --- | --- |
| **Convocatoria Nº**  |  |
| **Nombre de la consultoría:** |  |
| **Nombre del Profesional:** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  |
| **Teléfono-Celular:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **Ciudadanía:** |  |
| **Lugar de Residencia y Dirección:** |  |
| **Nº NIT:** |  |

**A1. Formación académica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudios Realizados** | **Especialidad o Área** | **Universidad** | **Fecha de Emisión del Título Profesional (Mes/Año)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**A2. Cursos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudios Realizados** | **Especialidad o Área** | **Universidad** | **Fecha de Emisión del Título Profesional (Mes/Año)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**A3. Experiencia profesional general (de acuerdo a TDRs)**

| **Contratante o entidad** | **Nombre de la consultoría o del Cargo** | **Descripción del trabajo realizado** | **Período de trabajo** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Inicio****(dd/mm/aa)** | **Fin****(dd/mm/aa)** | **Tiempo (meses)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL EXPERIENCIA GENERAL EN MESES:**  |

**A4. Experiencia profesional específica (de acuerdo a TDRs)**

| **Contratante o entidad** | **Nombre de la consultoría o del Cargo** | **Descripción del trabajo realizado** | **Período de trabajo** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Inicio****(dd/mm/aa)** | **Fin****(dd/mm/aa)** | **Tiempo (meses)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN MESES:**  |

**B1. Formación complementaria (de acuerdo a TDRs)**

| **Título y/o certificaciones obtenidas** | **Institución**  | **Período**  |
| --- | --- | --- |
| **Inicio (dd/mm/aa)** | **Fin (dd/mm/aa)** | **Nº horas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL FORMACIÓN COMPLEMENTARIAS EN HORAS:** |  |

**C1. REFERENCIAS PERSONALES:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y CARGO** | **INSTITUCIÓN** | **TELÉFONO DE CONTACTO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

El suscrito certifica la veracidad de la información declarada en el presente formulario.

Nombre del Profesional Firma Fecha

**Nota.-** En caso de ser necesario, el postulante podrá adicionar las filas que considere pertinentes.