|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO 1 – FORMULARIO DE HOJA DE VIDA Y DATOS DE ASPIRANTE A BECA** | | | | | |
| **DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE** | | | |  |  |
| Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombres: | |  |  |
| Lugar y fecha de nacimiento (Día/Mes/Año): | Edad (años): | Estado civil: | Género:  M:  F: |  | *Adherir fotografía tamaño carné, (fondo blanco – semiformal)* |
| N° de cédula de identidad o pasaporte: | Nacionalidad: | Teléfono celular: | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMICILIO** | | | | |
| Ciudad: | Calle e intersección: | Número: | Parroquia | Sector |
|  |  |  |  |  |
| Teléfono convencional | Celular | Referencia de Domicilio | Correo electrónico | |
|  |  |  |  | |

**Si tiene alguna discapacidad, por favor señale el tipo y n° del carné otorgado por el CONADIS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de discapacidad (Física/Auditiva/Visual/Intelectual):** | **N°. carné:** | **Porcentaje de discapacidad:** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** | | | | | | |
| **No. de años aprobados** | **Universidad** | | **Ciudad/País** | | **Año de graduación** | **Título y número de registro en el SENESCYT** |
| **Cuarto Nivel (Postgrado):** | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| **Tercer Nivel (Pregrado):** | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| **Educación Básica / Bachillerato (Opcional):** | | | | | | |
| **No. de años aprobados** | **Institución** | **Ciudad/País** | | **Año egreso** | | **Título** |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |

**EXPERIENCIA LABORAL (COMIENCE POR LA ACTUAL O LA ÚLTIMA):**

**Para el caso de estudiantes, incluir información de prácticas pre-profesionales.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cargo/función** | **Institución/Empresa** | **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Cursos, seminarios y otros programas de capacitación recibida (comience por el último):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del programa** | **Institución** | **Ciudad/País** | **Duración**  **( horas)** | **Año** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Conocimiento de idiomas sobre 100% (excepto el español si es lengua materna):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idioma** | **Comprensión /100%** | **Lectura /100%** | **Hablado /100%** | **Escritura /100%** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Obras y últimos artículos científicos publicados:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título** | **Editorial (si es pertinente)** | **Año** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Presentaciones/Ponencias en Congresos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de presentación** | **Título/tema** | **Nombre del evento** | **Centro o institución organizadora** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**INFORMACIÓN DEL PROGRAMA QUE POSTULA:**

**Tipo de Programa:** Maestría  Doctorado  Posdoctorado

**Desarrollo del programa:** En el país  Fuera del país

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Programa** | **Fecha tentativa de inicio del programa** | **Universidad** | **País** | **Ciudad** |
|  |  |  |  |  |
| **Modalidad** | | **Período de duración** | | **Horario** |
|  | |  | |  |

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Los campos que no apliquen a su condición de solicitantes deben ser llenados con siglas N/A (No aplica):

**a. Docente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categoría/Escalafón** | **Tiempo de dedicación** | **Sede o extensión** | **Departamento al que pertenece** |
|  |  |  |  |

**b. Personal administrativo o trabajador**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de solicitante** | **Sede o extensión** | **Unidad a la que pertenece** |
|  |  |  |

**c. Mejor graduado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sede o extensión** | **Carrera de tercer nivel** | **Ubicación de mejor graduado** | **Promedio de carrera de tercer nivel** |
|  |  |  |  |

**d. Personal militar activo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Grado** | **Fuerza a la que pertenece** |
|  |  |

**e. Estudiantes de universidades nacionales o extranjeras con las que la Universidad posea convenio de cooperación**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Universidad** | **País** | **Ciudad** | **Carrera de tercer nivel** | **Nombre del convenio** |
|  |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN HISTÓRICA:**

**Como postulante a una beca de Posgrado, indique si usted ya fue beneficiario de una Beca: SI  NO**

**De ser afirmativa su respuesta, complete la información adicional:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del programa donde fue becado** | **Promoción (Números romanos)** | **Cumplió (Se graduó)**  **(Marcar con una “X”)** | | **Beca avalada con:** | |
| **SI** | **NO** | **Especificar Orden de Rectorado y fecha de emisión)** | **Otro (Especifique)** |
|  |  |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN FAMILIAR:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relación** | **Nombre** | **Fecha de nacimiento** | **Relación** | **Nombre** | **Fecha de nacimiento** |
| Cónyuge |  |  | Hijo(a) |  |  |
| Hijo(a) |  |  | Hijo(a) |  |  |
| Hijo(a) |  |  | Padre |  |  |
| Hijo(a) |  |  | Madre |  |  |

**INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grupo sanguíneo (RH): |  | Alergias a medicamentos: | | |  | |
| Enfermedades preexistentes: |  | | | | | |
| Familiar a quien avisar en emergencias: | Teléfono fijo del familiar: | |  |  | Teléfono móvil del familiar: |  |

**¿Cómo se enteró de la convocatoria a becas?**

**Página institucional  Redes sociales**

**E – mail institucional  Otro medio  ¿cuál?** Haga clic aquí para escribir texto.

**Nota**: Se deberá adjuntar fotocopias certificadas de los títulos de tercer y cuarto nivel registrados en el SENESCYT; y, cuando sea requerido, los originales de dichos títulos.

**COMPROMISO**

Yo declaro que he reportado con HONESTIDAD toda la información que se presenta en esta solicitud y autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas-ESPE a verificar total o parcialmente dicha información mediante un estudio, el que atenderé cuando se me solicite. He leído los lineamientos del Reglamento de Becas y Ayudas Económicas - Codificado de la Universidad de las Fuerzas Armadas-ESPE, Instructivo de Desembolsos y Liquidación Financiera de las Becas para Estudios de Posgrado, otorgadas por la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE y las bases de postulación vigentes por lo que, de verme favorecido/a con ésta, me comprometo a cumplirlo. Asimismo, me mantendré informado sobre las responsabilidades que se me exigen para mantener la beca institucional.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de entrega del trámite**  **(DD/MM/AA)** | **Nombre del solicitante** | **Firma del solicitante** |
|  |  |  |