



Dependencia:	Fecha: DD / MMM / AAAA
--------------	------------------------

DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos:					
No. Documento de identidad:				Ciudad	
Fecha de Nacimiento:	DD / MMM / AAAA	Ciudad		Estado Civil	
Dirección de Residencia:				Ciudad	
Teléfono de Residencia:				E-Mail	
Celular:					
E.P.S:			Fondo de Pensiones		
Banco y Número de Cuenta:					

A. SOLO PARA EXTRANJEROS					
País de Nacimiento				Número de Visa	
Tipo de Visa				Fecha de Vigencia	
Tipo de Documento Alternativo				Número	
Banco y Número de Cuenta					

B. INFORMACIÓN FAMILIAR						
Cónyuge	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Nombre del Cónyuge:	
Profesión				Ocupación		
No. de hijos o personas a cargo						

FORMACIÓN ACADÉMICA

SECUNDARIA			
Título			
Institución			Fecha de Terminación
PREGRADO			
Título			
Institución			Fecha de Terminación
PREGRADO			
Título			
Institución			Fecha de Terminación



POSGRADO			
Título			
Institución		Fecha de Terminación	
POSGRADO			
Título			
Institución		Fecha de Terminación	
POSGRADO			
Título			
Institución		Fecha de Terminación	
POSGRADO			
Título			
Institución		Fecha de Terminación	
POSGRADO			
Título			
Institución		Fecha de Terminación	
POSGRADO			
Título			
Institución		Fecha de Terminación	

OTROS CURSOS				
Título		Nivel		Tipo
Institución			Fecha de Terminación	
Título		Nivel		Tipo
Institución			Fecha de Terminación	
Título		Nivel		Tipo
Institución			Fecha de Terminación	
Título		Nivel		Tipo
Institución			Fecha de Terminación	
Título		Nivel		Tipo
Institución			Fecha de Terminación	
Título		Nivel		Tipo
Institución			Fecha de Terminación	

Estudia Actualmente	SI		NO		Programa	
Institución				Semestre		Horario

Indique los programas de sistemas que maneja:	
---	--



IDIOMAS EXTRANJEROS										
Idioma		Lee		%	Habla		%	Escribe		%
Tipo de certificado										
Idioma		Lee		%	Habla		%	Escribe		%
Tipo de certificado										
Idioma		Lee		%	Habla		%	Escribe		%
Tipo de certificado										

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Indicar los Cargos de mayor duración

Entidad:		Dependencia		Cargo	
Teléfono(s)		Autoridad Inmediata		Cargo	
Experiencia y Logros:					
Motivo de Retiro		Tiempo Laborado: de			a
Ciudad					
Entidad:		Dependencia		Cargo	
Teléfono(s)		Autoridad Inmediata		Cargo	
Experiencia y Logros:					
Motivo de Retiro		Tiempo Laborado: de			a
Ciudad					
Entidad:		Dependencia		Cargo	
Teléfono(s)		Autoridad Inmediata		Cargo	
Experiencia y Logros:					
Motivo de Retiro		Tiempo Laborado: de			a
Ciudad					



EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCION	FACULTAD O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACION	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO

INVESTIGACIONES

Institución:		Autoría:	
Proyecto:		Duración:	
Entidad Financiadora:		Fecha Inicio:	
		Fecha Culminación:	
Institución:		Autoría:	
Proyecto:		Duración:	
Entidad Financiadora:		Fecha Inicio:	
		Fecha Culminación:	
Institución:		Autoría:	
Proyecto:		Duración:	
Entidad Financiadora:		Fecha Inicio:	
		Fecha Culminación:	
Institución:		Autoría:	
Proyecto:		Duración:	
Entidad Financiadora:		Fecha Inicio:	
		Fecha Culminación:	

PUBLICACIONES

Texto:	
Editorial:	
Ciudad Publicación:	
Clase de Edición:	
Fecha Publicación:	



Texto:				
Editorial:				
Ciudad Publicación:		Clase de Edición:		Fecha Publicación:
Texto:				
Editorial:				
Ciudad Publicación:		Clase de Edición:		Fecha Publicación:

PONECIAS

Título de la Ponencia:			
Entidad Convocante:		Año:	
Título de la Ponencia:			
Entidad Convocante:		Año:	
Título de la Ponencia:			
Entidad Convocante:		Año:	

ASESORÍAS (Académicas y/o Profesionales)

Nombre del Proyecto:		Año:	
Institución:		Fecha Inicio:	
Programa Académico o Funciones:		Fecha Terminación:	
Nombre del Proyecto:		Año:	
Institución:		Fecha Inicio:	
Programa Académico o Funciones:		Fecha Terminación:	
Nombre del Proyecto:		Año:	
Institución:		Fecha Inicio:	
Programa Académico o Funciones:		Fecha Terminación:	



DISTINCIONES

DISTINCIÓN	INSTITUCION	AÑO

ASOCIACIONES

FECHA DE INGRESO	ROL DESEMPEÑADO	INSTITUCION

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre y Apellidos:			Teléfono(s):	
	Ciudad:		Profesión:		Ocupación:
2	Nombre y Apellidos:			Teléfono(s):	
	Ciudad:		Profesión:		Ocupación:
3	Nombre y Apellidos:			Teléfono(s):	
	Ciudad:		Profesión:		Ocupación:

Certifico que toda la información por mi consignada es veraz y autorizo a la Universidad para que verifique la autenticidad de la misma

Firma:	
C.C	