|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMATO UNICO DE INSCRIPCION CONVOCATORIA DE ENCARGO** |  |
|  |  | DD/MM/AAAA |  |
|  **FECHA RADICACION:** |  |  |  |
| **CARGO SOLICITADO POR ENCARGO:** |  |  |  |
| **RECTOR ( ) DIRECTOR RURAL (** | **)** | **COORDINADOR ( )** |  |
| **1. INFORMACION BASICA** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | NOMBRES Y APELLIDOS |  | EDAD |  |
| DIRECCIÓN |  | MUNICIPIO DE RESIDENCIA |  | DEPARTAMENTO |
| TELEFONO FIJO |  | CELULAR: | E-MAIL: |
| **2. FORMACION ACADEMICA** |
| TITULO OSTENTA |  |
| ESPECIALISTA |  |
| MAGISTER |  | GRADO DE ESCALAFON |  |
| **3. INFORMACION LABORAL ACTUAL** |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO |  |
| SEDE |  | MUNICIPIO |  | DEPARTAMENTO |  |
| NIVEL DE ENSEÑANZA | PRIMARIA ( ) SECUNDARIA(\_\_) | OTRO ( ) | AREA DE NOMBRAMIENTO: |  |
| FECHA INGRESO A LA | DD/MM/AAAA | FECHA DE INGRESO A LA ULTIMA | DD/MM/AAAA | CARGO |  |
| ENTIDAD |  | UBICACIÓN |  |  |
| (SECRETARIA DE |  |  |  |  |
| EDUCACION) |  |  |  |  |
| **4. POSTULACIÓN A LA VACANTE POR ENCARGO:** Diligenciar la vacante a la cual se va a postular |
| **N°** | **OFICINA O DIRECCIÓN** | **PROFESION** | **CARGO** |
| **1** |  |  |  |
| **5. REQUISITOS ADICIONALES:** Esta casilla exclusivamente será diligenciada por el Comité Evaluador |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **PUNTAJE** |
|  **1** | **Experiencia adiciona**l al mínimo requerido |   X |  |
|  **2** | **Formación Académica adicional** al mínimo requerido |   X |  |
| **TOTAL** |  |
| **Observaciones:** |
| **Con la firma del presente formulario declaro que conozco y acepto las condiciones fijadas en la Resolución No. 014 del 17 de enero de 2023 de la convocatoria de Encargos publicada por la Secretaria de Educación parala Provisión de las vacantes definitivas y/o temporales de Directivos Docentes.** | **Firma del Solicitante:** |
| **(USO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD)****ADMITIDO ETAPA PRESELECCION SI NO**  | **Firma del Comité Evaluador:** |

**FONDO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y REFORMA URBANA -CORVIVIENDA**

**CONSENTIMIENTO PREVIO, EXPRESO E INFORMADO PARA**

**CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES**

El(la) suscrito(a) identificado con C.C. No. expedida en

 , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Dirección Administrativa del Fondo de Vivienda de Interés Social y Reforma Urbana –CORVIVIENDA-, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se firma en Cartagena de Indias, del día

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDOS CEDULA

**FONDO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL Y REFORMA URBANA DE CARTAGENA**

**CONSENTIMIENTO PREVIO, EXPRESO E INFORMADO PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - FORMACIÓN ACADÉMICA (Ley 1581 de 2012)**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", yo,

 , identificado(a) con la cedula de ciudadanía N°. **,** me permito manifestar de manera libre y voluntaria, que **AUTORIZO** a la dirección Administrativa y/o quien delegue, para que verifique ante la institución o establecimiento de educación, entidad o empresa correspondiente, la veracidad de todos los soportes académicos y de experiencia que he presentado para el encargo y/o nombramiento y posesión como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro igualmente que he sido suficientemente enterado de los derechos que me asisten como titular de la información, del tratamiento al que serán sometidos mis datos personales y la finalidad del mismo, así como la identificación, dirección física o electrónica y teléfono del Responsable del Tratamiento.

**De igual forma AUTORIZO, que en caso de que los títulos universitarios aportados al momento de tomar posesión del cargo, NO sean validados por la institución de educación superior que lo expida, y/o la institución de educación superior no cuente con registro calificado o habilitada para la oferta del programa y expedición de títulos académicos, proceda la administración a REVOCAR DIRECTAMENTE el acto administrativo mediante el cual se me nombra, de acuerdo a lo estipulado La ley 1437 de 2011.**

Se firma en Cartagena de Indias, el día .

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS: CEDULA DE CIUDADANIA: