**FUERZA AÉREA BOLIVIANA**
**UNIDAD EDUCATIVA FAB**
**BOLIVIA**

**ANEXO 2**

**CONVOCATORIA PÚBLICA N° 001/2026**
**DE MÉRITOS PROFESIONALES PARA OPTAR AL CARGO DE MAESTRA/O DE LA UNIDAD EDUCATIVA DE LA FUERZA AÉREA BOLIVIANA, GESTIÓN 2027.**

**HOJA DE VIDA**

**GESTIÓN ACADÉMICA 2027**

**POSTULACIÓN AL CARGO DE: Encargado/a de Sanidad**

En el presente anexo usted debe adjuntar las copias fotostáticas de toda la documentación que registre en el orden correlativo del anexo. Las columnas de "**Documentos a verificar"** es para uso exclusivo de la comisión evaluadora dentro del proceso de contratación de la Unidad Educativa de la Fuerza Aérea Boliviana. La misma que será llenada verificando la documentación de respaldo correspondiente.

**Cargo al que postula: Encargado/a de Sanidad**

Espacio llenado por la Instit

| REQUISITOS INDISPENSABLES | SI | NO | OBS. |
|---|---|---|---|
| Experiencia - Años de servicio | | | |
| Título nivel Licenciatura | | | |
| Presenta carta de solicitud (Anexo 1) | | | |
| Presenta propuesta de trabajo (Anexo 3) | | | |
| Presenta Certificado de trabajo (gestiones 2023, 2024 y 2025) | | | |
| Presenta Declaración Jurada sobre no existencia de procesos administrativos disciplinarios (Anexo 4) y (Formulario 1) | | | |

***LOS POSTULANTES QUE CUMPLAN CON TODOS LOS REQUISITOS ANTERIORES PASARÁN A LA CALIFICACIÓN DE MÉRITOS, CASO CONTRARIO SERÁN DESCALIFICADOS***

**I. DATOS GENERALES**

| | |
|---|---|
| Apellido Paterno: xxxxxxx | Nº de Cédula de Identidad: 1234 xxxxxxx |
| Apellido Materno: xxxxxxx | Lugar de expedición: La xxxxxxx |
| Primer Nombre: xxxxxxx | Estado civil: xxxxxxx |
| Segundo Nombre: xxxxxxx | Lugar de nacimiento: xxxxxxx |
| Dirección de correo electrónico (Personal): xxxx @gmail.com | Fecha de nacimiento: 4 xxxxxxx 1993 |
| Lugar de Residencia (Localidad): Nuestra Señora de La Paz | Teléfono Domicilio: - |
| Dirección de residencia (Comunidad, Zona / Calle / Número): xxxxxxx | Teléfono Celular: xxxxxxx 5678 |

**II. DOCUMENTOS DE VALIDACIÓN PERSONAL**

| REQUISITOS | DOCUMENTOS A VERIFICAR |
|---|---|

| | SI | NO | OBS. |
|---|---|---|---|
| Fotocopia de Cédula de identidad. | | | |
| Fotocopia de certificado de nacimiento | | | |
| Fotocopia del certificado de matrimonio si corresponde | | | |
| Libreta de Servicio Militar (varones) | | | |
| Certificado de antecedentes, REJAP y SIPASSE (CENVI). Esta documentación debe tramitarse posterior a la fecha de la publicación de la lista de los preseleccionados y presentada en la siguiente fase. | | | |
| Desempeño de Funciones en el Cargo en las últimas 3 gestiones | | | |

**III. ESTUDIOS Y TÍTULOS PROFESIONALES** Espacio llenado por la Institución

| REQUISITOS | DOCUMENTOS A VERIFICAR | | |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | OBS. |
| **1. Título de Bachiller** | | | |
| **2 Tecnico Superior en Enfermería.** | | | |
| **3 Diplomado** | | | |

**4 Cursos y talleres de capacitación y actualización.**

| Nombre del curso / Taller | Área o temática del curso | Institución que lo emitió | Modalidad | Carga horaria | Fecha | Certificación / evidencia |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Título exacto según el certificado | (Control epidemiológico basico, medidas preventivos) | Nombre de la Institución formadora | Presencial, semipresencial, virtual. | Horas académicas o días de capacitación según certificado | Dia, mes y año de realización | Certificado de participación, constancia de capacitación, resolución o carta aval. MISMA QUE SERÁ REGISTRADA POR LA COMISIÓN EVALUADORA |

**5 Otros cursos complementarios relacionados al cargo.**

| Nombre del curso complementario | Institución organizadora | En que aporta al cargo | Fecha | Certificación | Observación |
|---|---|---|---|---|---|
| (Emergencias, cuidados inmediatos, respuesta ante accidentes.) | (nombre de la institución para su validación. | Breve en una frase: (Seguridad y primeros auxilios, comunicación con niños con discapacidad, manejo de herramientas digitales, etc.) | (Día, mes y año) | (Certificado de participación, constancia de capacitación, resolución o carta aval. MISMA QUE SERÁ REGISTRADA POR LA COMISIÓN EVALUADORA | A registrar por la comisión evaluadora. |

| 6 Otros aspectos a considerar. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Aspecto / actividad** | **Descripción breve** | **Institución / Organización** | **Fecha** | **Evidencia / Observaciones** |
| | | | | |

_____

POSTULANTE

_____ _____ _____

COMISIÓN EVALUADORA COMISIÓN EVALUADORA COMISIÓN EVALUADORA