



GOBIERNO
DE COLOMBIA



DNP
DEPARTAMENTO
NACIONAL
DE PLANEACIÓN

IGAC
INSTITUTO GEOGRÁFICO
AGUSTÍN CODAZZI



República de Colombia
Gobierno del Japón

Programa de Entrenamiento de Tercer País

Curso Internacional:

**POLÍTICAS URBANAS Y
GESTIÓN DE PROGRAMAS
SOSTENIBLES PARA CIUDADES
INTELIGENTES**
(Tercera Edición)

Bogotá D.C. – Colombia

18 de febrero de 2019 al 15 de marzo de 2019

ANEXOS

A. INFORME LABORAL

Nombre:

País:

Organización y cargo actual:

E-mail:

Fax:

1. El informe debe ser digitado en idioma español (12 puntos, papel tamaño A4), y el total de páginas no debe exceder de tres (3), sin incluir el organigrama de la institución.
2. De otra parte, se requiere que cada participante realice, en la etapa inicial del curso, una presentación de 10 minutos, basada en el informe laboral, con el propósito de lograr una buena integración del grupo a través de las situaciones presentadas de los diferentes países.
3. Catalogue sus respuestas y especifíquelas:

3.1. Organización y actividades principales: (1 página)

- a. Nombre y principales actividades de la organización.
- b. Organigrama de su departamento, área, o sección y breve descripción de las funciones que cumple, (el organigrama se debe anexar y no se tiene en cuenta el límite de páginas)
- c. Breve descripción de sus funciones o tareas asignadas.

3.2. Problemas existentes en su área, relacionados con los temas del Curso: (1 página)

- a. Problemas y asuntos que esté enfrentando actualmente.
- b. Alternativas de solución para esos problemas.
- c. Obstáculos en el proceso de solución.

3.3. Expectativas para el curso de entrenamiento (1 página)

- a. Especifique los temas que más le interesan de este curso.

B. CUESTIONARIO

Nombre:

País:

Organización y cargo actual:

E-mail:

Fax:

1. ¿Cuál es su propósito de participar en este Curso?

2. ¿Tiene conocimiento sobre los siguientes temas?

	TEMAS / NIVEL DE CONOCIMIENTO	ALTO	MEDIO	BAJO	NULO
a.	Teoría del urbanismo				
b.	Conceptos básicos de la planeación urbana <ul style="list-style-type: none">- Acción urbanística- Actuación urbanística- Clasificación o calificación del suelo- Usos del suelo- Tratamientos urbanísticos- Aprovechamientos urbanísticos- Cesiones urbanísticas- Contribución- Compensación- Expropiación- Enajenación				
c.	Ordenamiento territorial – principios y modalidades				
d.	Economía urbana – mercado de suelos urbanos				

e.	Catastro – métodos de avalúo de predios o terrenos				
f.	Gestión del suelo urbano – instrumentos y/o mecanismos				
g.	Financiación del desarrollo urbano – instrumentos y/o mecanismos				
h.	Vivienda: políticas, mercado y financiación				
i.	Servicios Públicos Domiciliarios: políticas y financiación				
j.	Transporte Urbano: políticas y financiación				
k.	Gestión del riesgo				

3. ¿Tiene usted alguna experiencia en los siguientes procesos?

	Procesos	Especifique en qué procesos	Nº años
a.	Formulación de políticas relacionadas con desarrollo urbano* (dirección o asesoría técnica)		
b.	Formulación y ejecución de programas o proyectos relacionados con desarrollo urbano		
c.	Formulación de normas (leyes, decretos, resoluciones, otras) relacionadas con planificación urbana y/o ordenamiento territorial		
d.	Formulación y/o implementación de planes urbanísticos o de ordenamiento territorial		
e.	Diseño y/o aplicación de metodologías de participación ciudadana		
f.	Diseño y/o aplicación de metodologías de avalúos catastrales		
g.	Diseño y/o aplicación de metodologías de gestión del riesgo (desastres naturales)		

* Incluye las relacionadas con vivienda, servicios públicos domiciliarios, transporte urbano, espacio público, gestión del riesgo, medio ambiente urbano.

4. Responda las siguientes preguntas acerca del currículo propuesto en este Curso:

¿Qué temas le gustaría aprender adicionales a los propuestos en este Curso?

¿Qué aspectos de la planificación urbana y/o de la gestión del suelo le interesa conocer con el fin de promoverlos o profundizarlos en su país?

¿Qué tipo de experiencias o entidades relacionadas con los temas del curso le interesa conocer?

C. FORMATO DE NOMINACIÓN

PARTE A: (para ser diligenciado por el nominado)

a. NOMBRE COMPLETO (Como en el Pasaporte. Subraye el primer apellido)			
b. DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		CORREO ELECTRÓNICO	
Teléfono fijo:		d. FECHA DE NACIMIENTO	
Teléfono celular:		e. EDAD	
		MES	DÍA
		AÑO	
c. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA		f. SEXO	
Relación o parentesco:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Teléfono:		g. ESTADO CIVIL	
		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	
		h. NACIONALIDAD	
		i. PASAPORTE NÚMERO	

1. EDUCACIÓN

Institución	Ciudad/País	Años cursados		Calificación	Título
		Fecha de inicio	Fecha de terminación		

2. ENTRENAMIENTO O ESTUDIOS EN PAÍSES FORÁNEOS

Institución	Ciudad/País	Años cursados		Calificación	Título
		Fecha de inicio	Fecha de terminación		

3. HISTORIA LABORAL

a) Empleo actual

Nombre de la organización:	Cargo actual:
	Fecha de ingreso:

Dirección:	Tipo de organización: () Pública o Gubernamental () Privada () Otra
Teléfono:	
Fax:	

b) Empleo anterior al actual

Nombre y dirección de la organización: 	Breve descripción del trabajo anterior:
Cargo / fecha de inicio – terminación: 	

c) Describa brevemente el trabajo de su organización y el servicio que ofrece:

d) Explique de qué manera el Curso será beneficioso en el trabajo que realizará a su regreso:

4. PROFICIENCIA EN IDIOMA INGLES

Marque con una X	Excelente	Bien	Regular	Nada
Entiende				
Habla				
Escribe				
Lee				
Lengua Materna:				
Otro idioma:				

5. DECLARACIÓN DEL NOMINADO (debe ser firmada por el nominado)

Certifico que las declaraciones hechas por mí en este formulario son verdaderas y correctas.

Si soy aceptado por una beca de entrenamiento, estoy de acuerdo en:

- a. No viajar o asistir acompañado por ningún miembro de mi familia o cónyuges, al Curso.
- b. Acogerme a tales instrucciones y ceñirme por las mismas condiciones estipuladas tanto por el gobierno nominador, como por el gobierno colombiano respecto a este curso de entrenamiento.
- c. Seguir el curso de entrenamiento y ceñirme a los lineamientos de la institución o establecimiento con el cual lleve a cabo el estudio o entrenamiento.
- d. No pernoctar en lugares diferentes a los establecidos por la organización del curso
- e. Abstenerme de participar en actividades políticas, o cualquier forma de empleo para lucro o ganancia.
- f. Diligenciar cuestionarios de evaluación o informes de avances que haya prescrito.
- g. Regresar a mi país de origen al final del curso de entrenamiento.

Además entiendo completamente que si recibo una beca de entrenamiento, ésta puede ser retirada/revocada si no realizo un adecuado progreso, o por otra razón, incluidas las condiciones físicas determinadas por el gobierno de Colombia.

Fecha: _____

Firma: _____

PARTE B: (para ser diligenciada por el Director o Jefe del nominado)

OBSERVACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN NOMINADORA

a. Describa que labor se espera que ejecute el nominado a su regreso

b. Explique de qué manera el entrenamiento propuesto será beneficioso para el trabajo de su organización (sólo para entrenamiento no grupal).

- Área o grupo de la entidad favorecido con el entrenamiento

- Temas especiales que son particularmente importantes y se debieran incluir en el programa de entrenamiento (si es necesario, continúe en hoja adicional).

- Periodo de capacitación.

- Aviso requerido antes de que el nominado pueda ser reprogramado de su actual cargo.

PARTE C: (para ser diligenciada y firmada por un funcionario gubernamental responsable)

NOMINACIÓN OFICIAL

Certifico que he examinado la documentación de este formato y me complace firmar que son auténticos y se relacionan al nominado.

Por tanto, nomino a:

En nombre del gobierno de:

Fecha:

Nombre:

Cargo:

Firma:

Organización: _____ Sello oficial:

D. HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN PARA BECA DE FORMACIÓN

HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA POR EL NOMINADO			
1. Nombre del Nominado (Apellidos, primer y segundo nombre)			
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	3. Nacionalidad	4. Sexo () Masculino () Femenino	5. Dirección de contacto
6. Nombre del Curso/seminario de formación:			
7. Duración del Curso/seminario de formación:			

Aviso importante: antes de diligenciar los cuestionarios de la histórica clínica, se le notifica que:

Una condición médica que resulte de una condición preexistente no revelada no puede ser compensada por JICA y puede resultar en culminación de su programa de entrenamiento.

Entiendo y acepto los términos de este aviso: SI ____ NO ____

• EL NOMINADO MARCARÁ SI O NO Y EXPLICARÁ

	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
a.	¿Ha tenido alguna enfermedad o herida significativa o seria? (en caso de haber sido hospitalizado indique sitio y fecha)			
b.	¿Ha tenido cirugías o ha sido aconsejado por un médico a tenerla? (proporcione sitio y fechas)			
c.	¿Actualmente utiliza medicamento para tratar alguna condición física? (dé nombre y dosis)			
d.	¿Ha estado recluido en un hospital mental o ha sido tratado por un psiquiatra? (proporcione sitio y fechas)			

• EL NOMINADO INDICARÁ SI O NO EN CADA PUNTO

	¿TIENE O HA TENIDO LAS CONDICIONES MENCIONADAS ABAJO?	SI	NO
a.	Asma, enfisema, u otra enfermedad pulmonar.		
b.	Tuberculosis, o vive con alguien que la padezca.		
c.	Hipertensión, enfermedad cardiaca.		
d.	Enfermedad estomacal, de vesícula o hígado (hepatitis)		
e.	Enfermedad renal, cálculos o sangre en la orina.		
f.	Diabetes (azúcar en la orina).		
g.	Depresión, preocupación excesiva, intento de suicidio, u otros síntomas psicológicos.		
h.	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)		
i.	Tumor, crecimiento anormal, quistes, o cáncer.		
j.	Desordenes sanguíneos, anemia.		

Certifico que he leído la instrucción anterior y respondido todas las preguntas veraz y totalmente.

NOMBRE IMPRESO DEL NOMINADO:

FECHA:

FIRMA DEL NOMINADO:
