

OFERTA DE SERVICIOS

Indicaciones:

Sírvase considerar las siguientes indicaciones para completar adecuadamente la presente Oferta de Servicios:

1. Localización: debe indicar los números de teléfono que son restringidos y los disponibles al estudiante.
2. Experiencia laboral: en caso de no ser suficiente el espacio disponible puede utilizar hojas blancas adicionales.
3. Tipo de nombramiento: propiedad, interino, otros (especificar).
4. Jornada laboral: indique la cantidad de horas laborales.
5. Todos los espacios deberán ser completados.
6. Solicitamos actualizar constantemente los datos solicitados en este formulario.

Nombre Completo

Cédula

Fecha



**COLEGIO UNIVERSITARIO DE CARTAGO
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
OFERTA DE SERVICIOS**

I. DATOS PERSONALES

Domicilio

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de Identificación | Número de Identificación | Nacionalidad |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| _____ | _____ | _____ |
| Fecha de nacimiento: | Estado Civil | Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| _____ | _____ | |
| Domicilio: | Cantón | Distrito |
| Provincia | _____ | _____ |
| _____ | | |
| Dirección Exacta: | | |
| _____ | | |
| En caso de emergencia contactar a: | _____ | |
| Teléfonos: | _____ | |

Localización

| Teléfonos Residenciales | Restringido SI / NO | Teléfonos Móviles | Restringido SI / NO | Fax | Restringido SI / NO | Correo Electrónico |
|-------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-----|---------------------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Régimen de pensiones para el cual cotiza

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Obligatorio: | Voluntario: |
| <input type="checkbox"/> Caja Costarricense del Seguro Social | Régimen de pensiones voluntario al cual pertenece: _____ |
| <input type="checkbox"/> Junta de Pensiones del Magisterio Nacional | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Disponibilidad para trabajar

Tiempo completo ¾ de tiempo ½ tiempo ¼ de tiempo

Horario:

Diurno Nocturno Mixto

II. ESTUDIOS RELIZADOS

Refiérase a los títulos o certificaciones, que determinan su formación pedagógica y académica, propia o afín a la clase de puesto, especialidad y/o nivel solicitado.

| Educación | Estudios Efectuados | Nombre Institución | País | Fecha de conclusión de estudios |
|-----------------|---------------------|--------------------|------|---------------------------------|
| Primaria | | | | |
| Secundaria | | | | |
| Vocacional | | | | |
| Técnicos | | | | |
| Diplomados | | | | |
| Bachillerato | | | | |
| Licenciatura(s) | | | | |
| Postgrado | | | | |
| Otros | | | | |

Colegio Profesional

| Colegio Profesional | Fecha de incorporación | Numero de carné |
|---------------------|------------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Idiomas

| Idioma nativo : | | | |
|-----------------|-------|---------|-----------|
| Idioma | Lee * | Habla * | Escribe * |
| | | | |
| | | | |

Paquetes de Software

| Paquete de Software | Dominio * |
|---------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |

* Clasificación: Principiante, intermedio, avanzado.



**Cursos de Capacitación Recibidos
(Puede aportar hojas adicionales)**

| <i>Tema</i> | <i>Institución</i> | <i>Fecha</i> |
|-------------|--------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

III. EXPERIENCIA LABORAL

Área Profesional

| Institución | Tipo: Pública / Privada/ otro | Teléfono | Dirección | Tiempo Laborado | Departamento | Título del puesto | Tipo de nombramiento | Jornada laboral |
|-------------|----------------------------------------|----------|-----------|-----------------|--------------|-------------------|-------------------------|--------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Área Docente

| Institución | Tipo: Pública / Privada/ otro | Teléfono | Dirección | Tiempo Laborado | Departamento | Título del puesto | Tipo de nombramiento | Jornada laboral |
|-------------|----------------------------------------|----------|-----------|-----------------|--------------|-------------------|-------------------------|--------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

¿Tiene algún grado de afinidad o consanguinidad con algún funcionario de la Institución?

Sí _____ Especifique el nombre y puesto que desempeña: _____

No _____

V. DATOS CLÍNICOS

Mano con que escribe: _____ **Tipo de Sangre:** _____

| Historial de Salud | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------|--|--|----|---------------------|--|--|----|-----------|--|
| Marque con una "X" el o los padecimientos que sufre | | | | | | | | | | |
| 1 | Dolor crónico de espalda | | | 9 | Hipertensión | | | 17 | Artritis | |
| 2 | Problemas emocionales | | | 10 | Alergias | | | 18 | Epilepsia | |
| 3 | Problemas de alcohol | | | 11 | Ulceras | | | 19 | Desmayos | |
| 4 | Deficiencia auditiva | | | 12 | Colitis | | | 20 | Nervios | |
| 5 | Deficiencia visual corregida | | | 13 | Diabetes | | | 21 | Asma | |
| 6 | Deficiencia visual sin corregir | | | 14 | Venas Varicosas | | | 22 | Anemias | |
| 7 | Jaqueca o migraña | | | 15 | Discapacidad Física | | | 23 | Hernias | |
| 8 | Afección del corazón | | | 16 | Enfermedad Mental | | | | | |

| | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|
| 24 | Otro Especifique: _____ |
| 25 | Indique si toma algún tratamiento: _____ _____ ¿Cuál?: _____ _____ |

Cirugías Recibidas

| Tipo de operación | Fecha |
|-------------------|-------|
| | |
| | |
| | |

Manifiesto que todos los datos anotados en la presente solicitud son verdaderos, cualquier dato falso o incorrecto, facultará al Colegio Universitario de Cartago para que anule la presente solicitud. Expreso mi anuencia para que la información aquí consignada sea verificada.

Firma del Oferente

Nº de Cédula

Fecha