**INSTITUTO COSTARRICENSE SOBRE DROGAS**

**OFICINA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS**



****

**OFERTA DE SERVICIOS DIGITAL**

**A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

1. Nombre completo: Indique su nombre completo y dos apellidos.

Conocido(a) como: Indique el nombre con el que es conocido

2. Cédula Nº : Indique su número de identificación. 3. Sexo registral: Elija un elemento.

4. Estado civil: Elija un elemento.

5. Nacionalidad: Indique su nacionalidad.

6.Fecha de nacimiento: Indique su fecha de nacimiento. 7. Lugar de nacimiento: Elija la provincia.

**8. Dirección del domicilio actual:**

9. Provincia: Elija la provincia. 10. Cantón: Nombre del catón 11. Distrito: Nombre del distrito

12. Otras señas: Indicar la dirección exacta, calles y avenidas, color y número de casa, y cualquier otra seña que permita la ubicación exacta para el Estudio de Vida y Costumbres.

13. Fecha desde la que habita en este domicilio: Indique la fecha exacta desde que vive en este domicilio

**14. Dirección del domicilio anterior:**

15. Provincia: Elija la provincia. 16. Cantón: Nombre del catón 17. Distrito: nombre del distrito

18. Otras señas: Indicar la dirección exacta, calles y avenidas, color y número de casa, y cualquier otra seña que permita la ubicación exacta para el Estudio de Vida y Costumbres.

19. Fecha en la que habitó en este domicilio: Desde fecha y Hasta fecha

20. Teléfonos: De habitación: Teléfono de habitación Celular: Teléfono celular

21. Correo electrónico para recibir notificaciones (\*): correo en la que desea recibir las notificaciones

22. Nombre completo de la madre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Cédula: N° de cédula.

23. Nombre completo del padre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Cédula N° de cédula

24. Puesto para el ofrece sus servicios: Indique el nombre de la clase y puesto por el que desea optar.

25. En caso de emergencia comunicarse con: Nombre completo de la persona a contactar

26. Teléfono al que llamar en caso de emergencia: Número de teléfono en caso de emergencia.

27. ¿Aceptaría un puesto temporal? Elija un elemento.

(\*) En caso de no señalar correo electrónico o número de teléfono para notificaciones, se exime de toda responsabilidad a la Oficina de Gestión de Recursos Humanos. Cualquier cambio que se realice sobre el número de teléfono señalado o dirección para las notificaciones deberá comunicarse por escrito a la Oficina de Recursos Humanos para su registro respectivo.

**28. CUADRO FAMILIAR** (incluir padres, hermanas(os), esposa(o), hijas(os) y otras personas **que vivan con usted**).

***C = COMPLETA I = INCOMPLETA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **Edad** | **Cédula Nº** | **Parentesco** | **Estado civil** | **Escolaridad** | **C** | **I** | **Ocupación** | **Lugar de trabajo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

29. Ingresos mensuales que recibe usted: Ingreso bruto: ¢Monto de salario brutoIngreso líquido (neto): ¢Monto de salario neto

30. Cantidad de personas que dependen de usted económicamente: Cantidad de personas

31. RESIDENCIA: Elija un elemento. En caso de indicar la opción Otro favor explique:Explique que otro tipo de residencia posee

32. Indicar nombres, parentescos y cédulas de familiares suyos que ocupan puestos en el Sector Público

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **CÉDULA Nº** | **PARENTESCO** | **INSTITUCION DONDE LABORA** | **PUESTO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

33. Antecedentes personales de padecimientos físicos y/o mentales:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Marque con una “X” el o los padecimiento que sufre | | | | |  |
| Dolor crónico de espalda |  | Hipertensión |  | Artritis |  |
| Problemas emocionales |  | Alergias |  | Epilepsia |  |
| Problemas de alcohol |  | Ulceras |  | Desmayos |  |
| Deficiencia Auditiva |  | Colitis |  | Nervios |  |
| Deficiencia visual corregida |  | Diabetes |  | Asma |  |
| Jaqueca o migraña |  | Venas Varicosas |  | Anemias |  |
| Afección del corazón |  | Discapacidad física |  | Hernias |  |
| Otra: Especifique: |  | Enfermedad Mental |  |  |  |

34. ¿Está usted recibiendo algún tipo de atención psicológica o social? Elija un elemento.

Si su respuesta es afirmativa, indique cuál y dónde: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

35. ¿Está usted tomando algún medicamento? Elija un elemento.

Si su respuesta es positiva, detállela en el siguiente cuadro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL MEDICAMENTO** | **PERÍODO DEL TRATAMIENTO** | |
| **DESDE** | **HASTA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8. Antecedentes familiares de padecimientos físicos y/o mentales:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **CÉDULA Nº** | **PARENTESCO** | **ENFERMEDAD** | **DURACIÓN** | **ESTADO ACTUAL** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**B. HISTORIA ACADÉMICO:**

1. Niveles académicos básicos:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIVEL ACADÉMICO | INSTITUCIÓN | PERIODO | | GRADO ACADÉMICO OBTENIDO | INTERRUPCIONES | |
| DEL AÑO | AL AÑO | DURACIÓN (AÑOS-MESES) | CAUSA |
| PRIMARIA |  |  |  |  |  |  |
| SECUNDARIA |  |  |  |  |  |  |

2. Niveles académicos superiores:

(AÑOS-MESES)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIVEL ACADÉMICO | INSTITUCIÓN | PERIODO | | GRADO ACADÉMICO OBTENIDO | CARRERA U OFICIO | CANTIDAD DE CREDITOS APROBADOS | INTERRUPCIONES | |
| DEL AÑO | AL AÑO | DURACIÓN | CAUSA |
| COMERCIAL |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TÉCNICO |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PARAUNIVERSITARIA |  |  |  |  |  |  |  |  |
| UNIVERSITARIA |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OTROS ESTUDIOS REALIZADOS |  |  |  |  |  |  |  |  |

3. Indique al colegio profesional al que se encuentra incorporado: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

4. Año Incorporación Indique el año de incorporación al Colegio Profesional 5. Número de Carné: Número de colegiado

6. Observaciones: Indique cualquier observación que considere necesaria

**C. HISTORIA LABORAL**

1. **OCUPACIÓN ACTUAL O ÚLTIMA SI NO ESTÁ TRABAJANDO**

Empresa o Institución: Indique el nombre de la empresa o institución en la que labora

Departamento: Nombre del Departamento Teléfono:N° de teléfono. Puesto Nombre del puesto

Dirección Exacta; Indique la dirección exacta donde se ubica su lugar de trabajo actual

Jefe/a inmediato/a: Indique el nombre completo Correo electrónico anote la dirección de correo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Motivo de salida** | Indique el motivo de salida si aplica. | |
| **Fechas exactas** | **Salarios** | **Descripción de labores** |
| Fecha de inicio. | Inicial  ₵Monto de salario |  |
| Fecha final | Final  ₵Monto de salario |

1. **OCUPACIÓN ANTERIOR**

Empresa o Institución: Indique el nombre de la empresa o institución en la que laboró

Departamento: Nombre del Departamento Teléfono:N° de teléfono. Puesto Nombre del puesto

Dirección Exacta; Indique la dirección exacta donde se ubica su lugar de trabajo actual

Jefe/a inmediato/a: Indique el nombre completo Correo electrónico anote la dirección de correo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Motivo de salida** | Indique el motivo de salida si aplica. | |
| **Fechas exactas** | **Salarios** | **Descripción de labores** |
| Fecha de inicio. | Inicial  ₵Monto de salario |  |
| Fecha final | Final  ₵Monto de salario |

**3.OCUPACIÓN TRASANTERIOR**

Empresa o Institución: Indique el nombre de la empresa o institución en la que laboró

Departamento: Nombre del Departamento Teléfono:N° de teléfono. Puesto Nombre del puesto

Dirección Exacta: Indique la dirección exacta donde se ubica su lugar de trabajo actual

Jefe/a inmediato/a: Indique el nombre completo Correo electrónico anote la dirección de correo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Motivo de salida** | Indique el motivo de salida si aplica. | |
| **Fechas exactas** | **Salarios** | **Descripción de labores** |
| Fecha de inicio. | Inicial  ₵Monto de salario |  |
| Fecha final | Final  ₵Monto de salario |

1. **Otros trabajos desempeñados no referidos anteriormente:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPRESA** | **PUESTO** | **PERÍODO** | | **TELÉFONO** | **MOTIVO DE SALIDA** |
| **DESDE** | **HASTA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. ¿Ha trabajado para el Estado (Poderes de la República, Instituciones Autónomas o semiautónomas, Sistema Bancario Nacional)? Elija un elemento. Si su respuesta es positiva indique el tiempo, de lo contrario pase al punto “7: Tiempo Cantidad de años y meses que ha laborado o laboró para el Estado

**\*Debe presentar constancia en la que se demuestra el tiempo de servicio para el Estado**

1. ¿Recibió prestaciones del Estado durante los últimos siete años? Elija un elemento.

Si su respuesta es positiva indique la fecha en que las recibió: Fecha en que recibió las prestaciones

Motivo de Cese: Elija un elemento.

1. ¿Ha sido despedido(a) de alguna institución del Estado? Elija un elemento.

Si su respuesta es positiva indique el año y la institución: Año , Nombre de la institución

8. Anote tres personas que pueden dar referencias sobre su desempeño laboral (no incluir parientes).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **CÉDULA** | **TELÉFONOS** | **DIRECCIÓN** | **OCUPACIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Importante:** Para proceder con el respectivo análisis y trámite de su experiencia laboral, la certificación deberá contener sin excepción los siguientes datos (**caso contrario dicha información no será tomada en consideración):** Nombre del oferente y cédula de identidad, nombre de la clase y/o cargos del puesto en el que se desempeña(o), fecha exacta de ingreso y salida (día, mes y año), jornada laboral, descripción de funciones, en los casos donde se ha ejercido supervisión de personal indicar el grado académico del personal a cargo, cargo ocupado y el tiempo en que fue ejercida, firma y sello de la entidad que emite el documento o en su efecto firma del representante legal.- Si durante el ejercicio de la función en la institución desempeñó varios cargos indicar el nombre del cargo, el inicio y fin de funciones.

|  |
| --- |
| Nivel mínimo de aceptación (posterior a la selección, a la revisión de requisitos y ante una eventual integración de nómina, usted aceptaría concursar para las siguientes clases:  Profesional Lic. con experiencia Profesional Lic. sin experiencia  Nivel Técnico  Profesional Bach con experiencia  Profesional Bach sin experiencia  Nivel Calificado |

6

9. Otros estudios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOMINIO DE OTROS IDIOMAS** | | |
| Grado académico o nivel adquirido | Nombre de la Institución | Idioma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

10. Indique qué lo motiva a presentar esta oferta (sea amplio en su respuesta):

|  |
| --- |
|  |

**D. CONDICIONES**

1. Disponibilidad para viajar dentro o fuera del paísElija una opción.
2. Disponibilidad en caso de requerir trabajar tiempo extraordinario Elija una opción.

**E. OTROS DOCUMENTOS:**

1. ¿Tiene usted carné para portar armas de fuego? Elija una opción. Expira el fecha.
2. ¿Posee licencia de conducir? Elija un elemento.

* Tipo de licencia 1: Elija un tipo. Expira el fecha de vencimiento.
* Tipo de licencia 2: Elija un tipo. Expira el fecha de vencimiento.
* Tipo de licencia 3: Elija un tipo. Expira el fecha de vencimiento.

3. ¿Pertenece o ha pertenecido usted a alguna organización, movimiento o asociación social, deportiva o

de desarrollo comunal? Elija una opción. En caso afirmativo, especifíquelo en el siguiente cuadro:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN, MOVIMIENTO O ASOCIACIÓN** | **AÚN PERTENECE** | | **EN QUÉ CONSISTE O CONSISTIÓ SU PARTICIPACIÓN** |
| **SÍ** | **NO** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ¿Tiene alguna discapacidad? Elija una opción¿Requiere algún tipo de apoyo trasladarse, trabajar o realizar sus actividades cotidianas? Explique: Favor explique el tipo de apoyo requerido

5. Requiere algún tipo de apoyo durante la aplicación de pruebas: Elija una opción

Qué tipo de apoyo: Indique el tipo de apoyo requerido para la realización de las pruebas

**NOTA:** TODA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA OFERTA DE SERVICIOS ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.

Autoriza usted al Instituto Costarricense sobre Drogas para que brinde información contenida en la presente oferta de servicios a otras instancias administrativas cuando así lo requieran. (Directriz 26. Gaceta 03/09/2003 Elija una opción

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON VERDADEROS, CUALQUIER DATO FALSO O INCORRECTO FACULTARA AL INSTITUTO COSTARRICENSE SOBRE DROGAS PARA QUE ANULE LA PRESENTE SOLICITUD, ASIMISMO, MANIFIESTO ESTAR DE ACUERDO CON SOMETERME A LAS EVALUACIONES Y ESTUDIO DE VIDA Y COSTUMBRES ESTABLECIDOS POR EL INSTITUTO PARA DETERMINAR MI IDONEIDAD PARA LOS PUESTOS SOLICITADOS. EXPRESO MI ANUENCIA PARA QUE LA INFORMACION AQUÍ OFRECIDA SEA VERIFICADA.**

Firmo el día Indique la fecha exacta en que completó la oferta de servicios digital.

Firma del Oferente Cédula de identidad

**Nota:** El día que le convoque la Oficina de Gestión de Recursos Humanos debe presentar esta oferta debidamente llena y firmada, así como original y copia de los títulos académicos y capacitación, copia de las certificaciones de experiencia, hoja de delincuencia, fotografía reciente, currículo, si tiene algún tipo de discapacidad certificado médico, copia de la cédula de identidad, copia de la licencia de conducir y portación de armas si posee.

**Documentos Aportados:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento** |  | **Documento** |  |
| Oferta de servicios llena |  | Certificación de Carrera Profesional (indicar cuándo cumple anualidad, puntos reconocidos en cada plus, horas acumuladas en cada plus, saldos por hora). |  |
| Curriculum |  | Certificación de vacaciones (saldo por período, fecha de cumplimiento de vacaciones) |  |
| Fotografía Reciente |  | Certificación de antecedentes penales |  |
|  |  | Copia de permiso de portación de armas |  |
| copia de título de conclusión estudios primarios/secundarios |  | Certificación de experiencia laboral |  |
| Copia títulos o certificaciones de estudios realizados (universitarios y otros) |  | Declaración jurada de prestaciones legales |  |
| Copia certificado de Incorporación a colegio profesional cuando corresponda. |  | Declaración jurada (causas judiciales o administrativas) |  |
| Copia cédula identidad /licencia conducir |  | Declaración jurada de parentesco |  |