

B.4 Indicar nombres, parentescos y cédulas de familiares suyos que ocupan puestos en el Poder Judicial (incluir familia política).

NOMBRE	CÉDULA N°	PARENTESCO	OFICINA	PUESTO

B.5 Antecedentes personales de padecimientos físicos y/o mentales:

ENFERMEDAD	DURACIÓN	ESTADO ACTUAL

B.6 ¿Está usted recibiendo algún tipo de atención psicológica o social? SÍ NO
 Si su respuesta es positiva, indique cuál y dónde: _____

B.7 ¿Está usted tomando algún medicamento? SÍ NO Si su respuesta es positiva, detállela en el siguiente cuadro:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PERÍODO DEL TRATAMIENTO	
	DESDE	HASTA

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

NOMBRE	CÉDULA N°	PARENTESCO	ENFERMEDAD	DURACIÓN	ESTADO ACTUAL

C. HISTORIA ACADÉMICA:

C.1 Niveles académicos básicos:

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

C.2 Niveles académicos superiores:

NIVEL ACADÉMICO	INSTITUCIÓN	PERIODO		GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	CARRERA U OFICIO	CANTIDAD DE CURSOS APROBADOS	INTERRUPCIONES	
		DEL AÑO	AL AÑO				DURACIÓN (AÑOS-MESES)	CAUSA
COMERCIAL								
TÉCNICO								
PARAUNIVERSITARIA								
UNIVERSITARIA								
OTROS ESTUDIOS REALIZADOS								

C.3 Observaciones: _____

D. HISTORIA LABORAL

D.1 OCUPACIÓN ACTUAL O ÚLTIMA SI NO ESTÁ TRABAJANDO

Empresa o Institución: _____ Teléfono: _____

Actividad: _____ Puesto: _____

Dirección exacta: _____

Jefe/a inmediato/a: _____ Correo electrónico: _____

Motivo de salida: _____ **DESCRIPCIÓN DE LABORES**

FECHAS EXACTAS		SALARIOS		DESCRIPCIÓN DE LABORES
Desde		Inicial		
Hasta		Final		

D.2 OCUPACIÓN ANTERIOR

Empresa o Institución: _____ Teléfono: _____

Actividad: _____ Puesto: _____

Dirección exacta: _____

Jefe/a inmediato/a: _____ Correo electrónico: _____

Motivo de salida: _____ **DESCRIPCIÓN DE LABORES**

FECHAS EXACTAS		SALARIOS		DESCRIPCIÓN DE LABORES
Desde		Inicial		
Hasta		Final		

D.3 OCUPACIÓN TRASANTERIOR

Empresa o Institución: _____ Teléfono: _____

Actividad: _____ Puesto: _____

Dirección exacta: _____

Jefe/a inmediato/a: _____ Correo electrónico: _____

Motivo de salida: _____ **DESCRIPCIÓN DE LABORES**

FECHAS EXACTAS		SALARIOS		DESCRIPCIÓN DE LABORES
Desde		Inicial		
Hasta		Final		

E. HABILIDADES Y APTITUDES:

E.1 Marque su situación con respecto a las siguientes habilidades y aptitudes. Debe considerar que 10 significa el nivel máximo y 1 el mínimo.

Con interés hacia el aprendizaje

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Colaborador/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Competitivo/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Dinámico/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Sincero/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Honesto/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Confiable

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Con iniciativa

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Creativo/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Independiente

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Autocrítico/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Habilidad para atender público

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Responsable

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Reservado/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Autocontrol

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Productivo/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Tolerancia al estrés

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Apertura al cambio

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Disciplinado/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Meticuloso/a

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Manejo de los números

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Automotivación

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Capacidad de escucha y comprensión hacia los demás

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Capacidad para negociar y resolver situaciones

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Capacidad de liderar

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Capacidad para trabajar en equipo

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Capacidad para resolver problemas

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Capacidad para expresarse oralmente

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Capacidad para expresarse por escrito

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Capacidad para planificar el trabajo

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

E.2 ¿Tiene usted carné para portar armas de fuego? NO Sí, expira el: _____

E.3 ¿Posee licencia de conducir? NO Sí

Si su respuesta es negativa, pase al punto "E.5"

E.4

TIPO DE LICENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO

E.5 ¿Pertenece o ha pertenecido usted a alguna organización, movimiento o asociación social, deportiva o de desarrollo comunal? NO Sí. 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	

F. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL/LA OFERENTE:

F.1 Estatura: _____ F.5 Tipo de cabello: _____

F.2 Contextura: _____ F.6 Color natural de cabello: _____

F.3 Color natural de ojos: _____ F.7 Grupo sanguíneo: _____ Rh: _____

F.4 Peso (Kg): _____

F.8 ¿Tiene cicatrices? NO Sí, Explique: _____

F.9 ¿Tiene alguna discapacidad? NO Sí, ¿Usa algún tipo de apoyo para trasladarse, trabajar o realizar sus actividades cotidianas? Explique: _____

