



FUNDACIÓN INSTITUTO CARABOBENO PARA LA SALUD
INSALUD
Gobernación Bolivariana de Carabobo

OFERTA DE SERVICIOS

A. IDENTIFICACIÓN						FOTO	
A. 1 APELLIDOS		NOMBRES		A. 2 CEDULA DE IDENTIDAD			
A. 3 NACIONALIDAD	A. 4 SI ES NATURALIZADO INDIQUE LA FECHA _____	A. 5 LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO)					
VENEZOLANO <input type="checkbox"/>	Nº DE GACETA OFICIAL _____						
EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	A. 6 FECHA NACIMIENTO	A. 7 EDAD	A. 8 SEXO		A. 9 ESTADO CIVIL		
			MASCULINO <input type="checkbox"/>		SOLTERO <input type="checkbox"/>		
			FEMENINO <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO <input type="checkbox"/>		
			CASADO <input type="checkbox"/>		VIUDO <input type="checkbox"/>		
			CONCUBINO <input type="checkbox"/>		A. 10 TRABAJA SU CONYUGE EN LA ADM. PUBLICA		
A.11 DIRECCIÓN ELECTRÓNICA						ORGANISMO	
A.12 DIRECCION HABITACIONAL						TELF. HABITACIÓN	
A.13 OTRA DIRECCION DONDE LOCALIZARLO						TELF. CELULAR	
TELF.							
B. EDUCACION	EDUCACION FORMAL INSTITUTO - LOCALIDAD		ESPECIALIDAD	FECHAS DESDE - HASTA		ULTIMO AÑO APROBADO	GRADUADO?
B.1 PRIMARIA			/				Si <input type="checkbox"/>
			/				Estudiando <input type="checkbox"/>
			/				No <input type="checkbox"/>
B.2 EDO. MEDIA CICLO BÁSICO DEL 1ero al 3er AÑO.			/				Si <input type="checkbox"/>
			/				No <input type="checkbox"/>
			/				Estudiando <input type="checkbox"/>
B.3 EDO. MEDIA CICLO DIVERSIFICADO DEL 4to. al 5to AÑO.			/				Si <input type="checkbox"/>
			/				No <input type="checkbox"/>
			/				Estudiando <input type="checkbox"/>
B.4 EDO. SUPERIOR UNIVERSITARIA TECNICO SUPERIOR.			/				Si <input type="checkbox"/>
			/				No <input type="checkbox"/>
			/				Estudiando <input type="checkbox"/>
B.5 POST. GRADO			/				Si <input type="checkbox"/>
			/				No <input type="checkbox"/>
			/				Estudiando <input type="checkbox"/>
B.6 CURSOS TOMADOS (ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO, CAPACITACIÓN)							
DENOMINACIÓN			INSTITUCIÓN , LOCALIDAD			DURACIÓN Total horas	FECHA
B.7 TITULOS O CERTIFICADOS OBTENIDOS							
B.8 ASOCIACIONES TECNICAS O PROFESIONALES (DENOMINACIÓN N° DE INSCRIPCIÓN)					B.9 IDIOMAS QUE CONOCE UD. ADEMAS DEL CASTELLANO		
					_____ <input type="checkbox"/> BIEN <input type="checkbox"/> BIEN		
					_____ <input type="checkbox"/> REG. _____ <input type="checkbox"/> REG.		

C. DATOS OCUPACIONALES

C 1: CARGOS DESEMPEÑADOS EN ORGANISMOS O EMPRESAS, EMPEZANDO POR EL ÚLTIMO CARGO ACTUAL

NOMBRE DE LA EMPRESA U ORGANISMO	CARGOS	SUELDO		DESDE	HASTA
		INICIAL	FINAL		
	TELF.				

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS

MOTIVOS DE RETIRO

NOMBRE DE LA EMPRESA U ORGANISMO	CARGOS	SUELDO		DESDE	HASTA
		INICIAL	FINAL		
	TELF.				

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS

MOTIVOS DE RETIRO

NOMBRE DE LA EMPRESA U ORGANISMO	CARGOS	SUELDO		DESDE	HASTA
		INICIAL	FINAL		
	TELF.				

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS

MOTIVOS DE RETIRO

NOMBRE DE LA EMPRESA U ORGANISMO	CARGOS	SUELDO		DESDE	HASTA
		INICIAL	FINAL		
	TELF.				

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS

MOTIVOS DE RETIRO

C 2 SI TIENE CERTIFICADO DE CARRERA INDIQUE EL NÚMERO

C 3- FECHA DE INGRESO E LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MES _____ AÑO _____

C 4- TIEMPO DE SERVICIO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MES _____ AÑO _____

C 5- TIENE UD. EXPERIENCIA DOCENTE?

ESPECIFIQUE QUE NIVEL _____

D. DATOS SOCIO ECONÓMICOS:

D-1. TIPO DE VIVIENDA QUE HABITA

CASA QUINTA APARTAMENTO HOTEL O PENSIÓN HABITACIÓN VIVIENDA RÚSTICA OTRA

D-2. TENENCIA DE VIVIENDA

PROPIA O PAGADA: PROPIA O PAGANDO: ALQUILADA: GRATUITA:

D-3. MONTO MENSUAL QUE SE PAGA POR LA VIVIENDA

SI NO ES CUBIERTO TOTALMENTE POR UD. INDIQUE LA CANTIDAD QUE APORTA

D-4. INDIQUE EL NÚMERO DE PERSONAS QUE COMPONEN SU GRUPO FAMILIAR (SU HOGAR)

INDIQUE E L INGRESO BRUTO SU SUELDO MENSUAL+INGRESO MENSUAL (SUELDO DE LAS OTRAS PERSONAS) QUE CONTRIBUYEN A SOSTENER EL GRUPO FAMILIAR (SU HOGAR)

D-5. DEPENDIENTES EN EL SIGUIENTE ORDEN

ASCENDENTE, CÓNYUGE, DESCENDENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	C.I.	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD
				DÍA	MES	AÑO	

D-6 REFERENCIAS PERSONALES (INDIQUE TRES PERSONAS QUE NO SEAN FAMILIARES)

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN Y DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y EXACTOS Y AUTORIZO LA INVESTIGACIÓN DE ESTAS DECLARACIONES, CONVENDO EN QUE SI SOY EMPLEADO, Y POSTERIORMENTE SE LLEGARE A COMPROBAR QUE HE INCURRIDO EN INEXACTITUD O FALSEDAD EN LOS DATOS AQUÍ SUMINISTRADOS, ELLO SE CONSIDERA COMO CAUSA JUSTIFICADA PARA LA TERMINACIÓN DEL EMPLEO.

LUGAR

FECHA

FIRMA

