



Gobierno Bolivariano de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Educación

IPASME

Oficina de Recursos
Coordinación de Ingreso de Personal
Área Reclutamiento y Selección

OFERTA DE SERVICIO

FECHA DE ELABORACIÓN

D	M	A
---	---	---

--	--	--

DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR(A)

Primer Apellido:				Segundo Apellido:				Apellido de Casada:							
Primer Nombre:						Segundo Nombre:									
Cédula de Identidad						Sexo		Fecha de Nacimiento			Estado Civil				
						F	M								
V											Soltero(a)		Divorciado(c)		Otro: _____
E											Casado(b)		Viudo(d)		
Dirección de Habitación:															
Ciudad:				Entidad Federal				Teléfono Hab.				Correo Electrónico:			
Tipo de Personal:		Obrero: <input type="checkbox"/>		Suplencia: <input type="checkbox"/>		Cargo:				Código del Cargo:					
Fijo: <input type="checkbox"/>		Contratado <input type="checkbox"/>		Otro: _____											
Empleado: <input type="checkbox"/>															
Fecha de Ingreso a la Adm. Pública				Fecha de Egreso de la Adm. Pública				Tiempo en la Administración Pública							
								Desde	Hasta	Organismo(s):					
Cargo(s) Desempeñado(s):															
Fecha de Ingreso al IPASME				Código de la Ubicación Administrativa:				Código de la Ubicación Física:							

ESTUDIOS REALIZADOS

Nivel	Plantel	Ciudad	Años de Estudio		Ultimo Año Aprobado	Título Recibido
			Desde	Hasta		
Primaria						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Secundaria/ Bachillerato						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Técnico Medio						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Técnico Superior						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Universitaria						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Especialización						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Doctorado						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros Estudios						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Tiene el Certificación del Título? SI NO ?

Estudia Actualmente?: Si No

Días de estudio en la Semana: Desde _____ Hasta _____ Horario de Estudio: Desde _____ Hasta: _____

CURSO REALIZADOS					Fecha		
Nombre del Curso	Organismo Patrocinante		Día	Mes	Año	Duración (Horas)	

DATOS OCUPACIONALES

CARGOS DESEMPEÑADOS EN ORGANISMOS O EMPRESAS COMERCIALES						
1	Empresa / Organismo Empleador:		Cargo Inicial:		Cargo Final:	
	Sueldo Inicial:	Sueldo Final:	Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:	Causa de Retiro:	
	Supervisor Inmediato:		Teléfonos		Cargo:	
2	Empresa / Organismo Empleador:		Cargo Inicial:		Cargo Final:	
	Sueldo Inicial:	e. Sueldo Final:	Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:	Causa de Retiro:	
	Supervisor Inmediato:		Teléfonos		Cargo:	
3	Empresa / Organismo Empleador:		Cargo Inicial:		Cargo Final:	
	Sueldo Inicial:	Sueldo Final:	Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:	Causa de Retiro:	
	Supervisor Inmediato:		Teléfonos		Cargo:	

INFORMACIÓN FAMILIAR

Padre:						
Apellidos y Nombre		Fecha de Nacimiento	Cédula	Ocupación	Teléfono	
Madre:						
Apellidos y Nombre		Fecha de Nacimiento	Cédula	Ocupación	Teléfono	
Cónyuge:						
Apellidos y Nombre		Fecha de Nacimiento	Cédula	Ocupación	Teléfono	
HIJOS O HIJAS:						
	Apellidos y Nombres	N° de la Partida de Nacimiento o Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento			Estudia actualmente marque con una X
			Día	Mes	Año	
1						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
2						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
3						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
4						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
5						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
6						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

PERSONAS O FAMILIARES QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad N°	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Ocupación Actual
			Día	Mes	Año	

REFERENCIAS PERSONALES (NO FAMILIARES)

1	Apellidos y Nombres:	Ocupación:
	Dirección:	Teléfonos:
2	Apellidos y Nombres:	Ocupación:
	Dirección:	Teléfonos:
3	Apellidos y Nombres:	Ocupación:
	Dirección:	Teléfonos:

INDIQUE A QUIÉN INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA

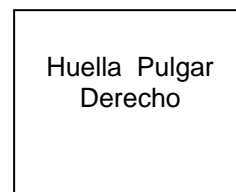
Apellidos y Nombres	Parentesco	Teléfonos		
Tiene Familiares en el IPASME? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>				
Apellidos y Nombres	Parentesco	Cargo	Teléfonos	Dependencia / Unidades IPASME

IMPORTANTE:
 Los datos consignados en esta hoja de vida son completos, exactos y legibles.
 Autorizo al IPASME la verificación de la información suministrada en el presente documento, de encontrarse omisión, inexactitud, se cancelará el contrato de trabajo con justa causa.

SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

El que suscribe, la Oficina de Recursos Humano, certifica que la información señalada en este formulario esta plenamente respaldada por los documentos correspondientes.	_____ Firma del Coordinador(a)	SELLO
--	-----------------------------------	-------

Firma del Funcionario o Funcionaria: _____



- 1 CONSIGNAR COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD
- 2 PARTIDA DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS
- 3 CERTIFICADO DEL TITULO PROFESIONAL
- 4 COPIA DE ANTECEDENTES DE SERVICIOS EN EL CASO DE HABER TRABAJADO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA