**Oferta de Servicios**

**Concurso Público MTSS-CP-01-2023**

**Instrucciones generales**

* Antes de llenar la oferta de servicios debe leer toda la documentación referente a este Concurso Público.
* Completar los espacios solicitados según corresponda con su información personal y atestados a aportar.
* Leer detenidamente la declaración jurada.
* Remitir debidamente firmada digitalmente (en caso de no contar con firma digital, la firma debe ser igual a su documento de identidad y efectuada con bolígrafo azul).
* Este departamento realizará durante la recepción de la manifestación de interés, una revisión de la oferta de servicios, boleta de manifestación y los requisitos obligatorios para el puesto; en caso de incumplir con alguno (s), se le estará informando por escrito al medio de notificación señalado, las razones para *desestimar su oferta de servicios*, la cual **se entrega, una única vez** para el presente proceso concursal en las fechas establecidas en la divulgación (en el caso de la presentación de toda la documentación únicamente será válido el primer envío, razón por la cual se le insta a verificar toda su documentación de previo, cualquier otro posterior será desestimado).
* Se reitera que este Departamento, por disposiciones concursales una vez recibida la manifestación de interés y los atestados; no se recibirá documentación extemporánea posterior al 08 de diciembre de 2023.

### DATOS PERSONALES

| Nombre completo:  |
| --- |
| Número de cédula o residencia: |
| Fecha de nacimiento:  | Sexo registral: F ( ) M ( ) I ( ) |
| Teléfono celular:  | Teléfono Oficina:  |
| Teléfono de habitación:  |  |
| Correo electrónico para notificación:  |  |
| Dirección de la casa de habitación: | Provincia:  | Cantón: | Distrito:  |
| Otras señas:  |

###

### ESTUDIOS REALIZADOS: refiérase a las certificaciones y/o títulos respectivos, que aporta con su manifestación de interés.

| **Educación** | **Nombre del Centro Educativo** | **Título Obtenido** | **Fecha de extendido** |
| --- | --- | --- | --- |
| Primaria |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |
| Licenciatura |  |  |  |
| Postgrado |  |  |  |
| Otros: |  |  |  |

### INCORPORACIÓN AL COLEGIO PROFESIONAL RESPECTIVO:

| Colegio Profesional al que se encuentra afiliado:  |
| --- |
| Fecha de Incorporación:  | Incorporación Activa: ( ) Sí ( ) No |
| Se encuentra al día con sus obligaciones con el Colegio Profesional señalado: | Sí ( ) No ( ) |
| Cuenta con suspensiones y/o amonestaciones en el Colegio Profesional: | ( ) Sí ( ) No |

### CAPACITACIÓN RECIBIDA: anote todos los títulos obtenidos relacionados. Incluya en este apartado capacitaciones relacionadas con la materia de Auditoría que presenta con su manifestación de interés.

|  **Nombre del curso** |  **Institución donde lo recibió** | **Fecha de inicio y de conclusión** | **Duración en horas** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### EXPERIENCIA LABORAL:

Favor indicar en este espacio, únicamente la información correspondiente a las certificaciones de experiencia y/o declaraciones juradas; sólo se debe incluir ***únicamente la experiencia en labores de Auditoría*** (que presenta con su manifestación de interés):

| **Puesto Ocupado** | **Nombre la Institución** | **Fecha de inicio** | **Fecha de fin** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Indique en los siguientes espacios lo siguiente:

| ¿Labora actualmente para el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social? | Si ( ) | No ( ) |
| --- | --- | --- |
| ¿Ha laborado en la Administración Pública?  | Si ( ) | No ( ) |  |
| Año de ingreso:  |  |
| ¿Ha sido despedido de alguna institución del Estado? | Sí ( ) | No ( ) |
| Fecha de salida:  | **Motivo de salida:** Despido por causa ( )Reestructuración o reorganización ( ) |
| Institución:  | Cese de interinidad ( ) |
| ¿Ha tenido o tiene causas en los Tribunales de la Corte Suprema de Justicia?En caso de ser afirmativa su respuesta, indicar la causa y el año: | Sí ( ) No ( ) |
| ¿Ha tenido o tiene procesos administrativosdisciplinarios en instituciones del Estado o en el Tribunal de Servicio Civil pendiente de resolver?En caso de ser afirmativa su respuesta, indicar la causa y el año: |  | Sí ( ) No ( ) |
| ¿Ha recibido prestaciones legales en los últimos siete años por parte de alguna institución del Estado?En caso de ser afirmativa su respuesta, indicar la fecha de salida y presente la resolución respectiva: |  | Sí ( ) No ( ) |
| ¿Tiene familiares que laboran en el Ministerio de Trabajo? Si ( ) No ( ) En caso de ser afirmativa, por favor indicar el nombre y el grado de consanguinidad:  |  |  |

### CALIFICACIONES DE SERVICIOS O EVALUACIONES DEL DESEMPEÑO:

Si ha laborado para la Administración Pública, favor anotar las últimas tres Calificaciones de Servicios o Evaluaciones del Desempeño (presentar constancia de evaluación del desempeño):

| **Periodo de la Calificación e****Institución** | **Nota cuantitativa** | **Nota cualitativa** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### CONDICIONES DE LA OFERTA:

Este apartado corresponde a la aceptación de las condiciones de la oferta.

Tiene disponibilidad para viajar dentro y fuera del país (giras): Sí ( ) No ( )

Marque con una “x” el horario: ( ) Diurno ( ) Nocturno ( ) Mixto

Marque con una “x” la jornada: ( ) Cuarto de tiempo ( ) Medio tiempo ( ) Tiempo completo

### HISTORIAL DE SALUD:

1. ¿Posee alguna limitación para desempeñar el cargo? Sí ( ) No ( )

Marque con una “X” la limitación o deficiencia con la que fue diagnosticado que corresponde a su situación:

 ( ) Física

 ( ) Cognitiva

 ( ) Sensorial:

 Auditiva ( ) Visual ( )

 ( ) Psicosocial:

 Mental ( ) Emocional ( ) Espectro autista ( )

 ( ) Múltiple

1. Esa limitación que le causa discapacidad, es: adquirida ( ) de nacimiento ( )

-En caso de ser adquirida ¿A partir de qué año la adquirió?

1. Para realizar exámenes o pruebas de selección para un posible trabajo, en las que se debe marcar y/o escribir las respuestas, ¿requiere usted algún tipo de adecuación, asistente personal y/o producto de apoyo (silla de ruedas, sistema JAWS, mobiliario ergonómico especial, entre otros)?: Sí ( ) No ( )

**Si su respuesta fue afirmativa, favor indicar el tipo de apoyo que requiere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Su condición le permitiría realizar pruebas y/o exámenes de forma grupal: Sí ( ) No ( )

Si su respuesta es NO, especifique la razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Para su desempeño en la vida laboral, ¿requiere usted algún tipo de adecuación, asistente personal y/o producto de apoyo (silla de ruedas, sistema JAWS, mobiliario ergonómico especial, u otros):

Sí ( ) No ( )

Si su respuesta es, SI, especifique cuál sería el apoyo requerido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Presenta usted alguna de las condiciones abajo indicadas? (marque con una X en la casilla a la izquierda, la que corresponda a su situación):

| Dificultad para manipular objetos  |   | Dificultad para oír  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dificultad para caminar  |   | Dificultad para comprender ideas, instrucciones, mensajes  |  |
| Dificultad para subir y bajar gradas  |   | Dificultad para caminar más de 1 kilómetro  |  |
| Dificultad para ver  |   | Dificultad para hablar   |  |
| Dificultad para controlar esfínteres  |   | Dificultad para leer   |  |
| Dificultad para tomar un lápiz o lapicero y escribir  |   | Dificultad para pasar hojas de un libro o cuaderno   |  |
| Dificultad para controlar el miedo o pánico  |   | Dificultad para adquirir conocimientos en su profesión o actualizarse dentro de su área de trabajo  |  |
| Dificultad en la memoria a corto plazo  |   | Dificultad para relacionarse con otras personas  |  |
| Dificultad para atender una tarea por mucho tiempo  |   | Dificultad en la memoria a largo plazo  |  |
| Dificultad para realizar una tarea por sí solo  |   | Dificultad para atender más de una orden a la vez  |  |
| Dificultad para trabajar en grupo o en equipo  |   | Dificultad para permanecer sentado o de pie por mucho tiempo  |  |
| Dificultad para trabajar en grupo o en equipo |  | Dificultad para permanecer sentado o de pie por mucho tiempo |  |
| Dificultad para aceptar a alguien que dé órdenes |  | Otras, ¿cuáles? |  |
| Si requiere ampliar la información, utilice el siguiente espacio: |
| **Señale con una X en la casilla a la izquierda, las opciones acerca de la necesidad de accesibilidad al entorno que usted requiere:**  |
| Señales auditivas y visuales en los semáforos peatonales  |  | Rampas en las esquinas y cruce de carreteras   |  |
| Señales auditivas y visuales en el edificio  |  | Guías en el piso o a la altura de pasamanos para movilizarse dentro del edificio  |  |
| Rampas para el acceso al edificio  |  | Aceras con el ancho y condiciones que permite el desplazamiento  |  |
| Transporte público accesible  |  | Rampa con pasamanos  |  |
| Estacionamiento reservado para personas con discapacidad  |  | Servicios sanitarios accesibles  |  |
| Plataforma o elevador para subir a pisos altos  |  | Puertas que abren y cierran hacia afuera con un ancho de 90 cm.  |  |
| Mobiliario, equipo y utensilios adecuados |  | Habitaciones amplias  |  |
| Piso antideslizante  |  | Pasamanos en el edificio  |  |
| Que se utilice un lenguaje preciso, sin ambigüedades y comprensible cuando se le den indicaciones o en los documentos de uso diario para el trabajo.  |  | Indicaciones en braille, letra o parlantes para acceder a los dispositivos electrónicos que existen en el edificio.  |  |
| Conciencia de parte de compañeros y superiores sobre sus necesidades especiales  |  | Iluminación y ventilación adecuada  |  |
| Teléfono público accesible  |  | Tiempos de descanso durante las actividades o entre ellas  |  |
| **Señale con una X en la casilla a la izquierda, todas las formas que utiliza para comunicarse:**  |
| Comunicación verbal  |  | Correo electrónico usando  |  |
| Lectura  |  | Computadora, ipod, tableta  |  |
| Escritura  |  | Correo cartas |  |
| Lenguaje de señas costarricense LESCO ( ) Nivel básico ( ) Nivel intermedio ( ) Nivel experto  |  | Fax   |  |
| Sistema Braille  |  | Chat usando computadora, teléfono, tableta  |  |
| Pictogramas  |  | Teléfono  |  |
| Gestos  |  | Mensaje de texto por celular  |  |
|  |  |  |  |
| Señas propias  |  | Lectura de labios  |  |
| Otro, ¿cuál? |  |
| Indique el o los tipos de apoyo que requeriría para desempeñarse en un puesto laboral y que no se hayan mencionado anteriormente: |
| Aporta certificación CONAPDIS: Sí ( ) No ( )  |

**Marque con una “X” el o los padecimientos que sufre**

| **1** | Dolor crónico de espalda |  | **9** | Diabetes |  | **17** | Hipertensión |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | Problemas emocionales |  | **10** | Venas Varicosas |  | **18** | Alergias |  |
| **3** | Problemas de alcohol |  | **11** | Discapacidad Física |  | **19** | Úlceras |  |
| **4** | Deficiencia auditiva |  | **12** | Enfermedad mental |  | **20** | Colitis |  |
| **5** | Deficiencia visual corregida |  | **13** | Artritis |  | **21** | Asma |  |
| **6** | Deficiencia visual sin corregir |  | **14** | Epilepsia |  | **22** | Anemias |  |
| **7** | Jaqueca o migraña |  | **15** | Desmayos |  | **23** | Hernias |  |
| **8** | Afección del corazón |  | **16** | Nervios |  | **24** | Otras: Especifique: |  |

### AUTORIZACIONES

* Acepto las disposiciones establecidas en el Concurso Público MTSS-CP-01-2023:

Sí ( ) NO ( )

* Acepto que se realicen los estudios de mis antecedentes judiciales, laborales, administrativos, antecedentes de salud de acuerdo a la información suministrada y todo lo referente para efectos de esta oferta, además consiento la valoración de pruebas necesarias por parte del Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos y el apoyo los profesionales de otras instituciones o externos, los cuales son ajenos en aspectos de conveniencia y/o oportunidad; los cuales participarán en la determinación, elaboración, aplicación, adaptación de inclusividad en las valoraciones y evaluación de entrevistas basadas en competencias, pruebas de competencias específicas y pruebas de conocimientos específicos del Concurso MTSS-CP-01-2023:

Sí ( ) NO ( )

- Hago de conocimiento en esta oferta de servicios, mi historial de salud con la finalidad que el Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos efectúe las adaptaciones necesarias a los instrumentos de los predictores de selección y para la posible ocupación del cargo en caso de ser sujeto de selección, como participante del concurso de marras.

### DECLARACIÓN JURADA DE LA OFERTA DE SERVICIOS – CONCURSO PÚBLICO MTSS-CP-01-2023

Según lo establecido en la Ley de Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales N° 8968, Capítulo II “Principios y derechos básicos para la protección de datos personales”, Sección I, “Principios y derechos básicos”, artículo 5, establece las regulaciones del presente documento, como consentimiento informado y declaración jurada para los interesados del presente proceso concursal.

**De los requisitos, atestados, antecedentes y evaluaciones o valoraciones (predictores de las bases de selección).**

Declaro bajo fe de juramento que todos los documentos aportados, la información brindada en mi oferta de servicios, manifestación de interés y todos los atestados remitidos al Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, son verdaderos, actuales y exactos.

Autorizo al Departamento de Gestión Institucional del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a verificar y comprobar la información suministrada en la presente oferta de servicios, atestados, certificaciones de experiencia, declaraciones juradas y cualquier otra aportada y el presente documento denominado “*Oferta de Servicios Concurso Público MTSS-CP-01-2023*”.

Acepto y autorizo que se realicen los estudios correspondientes a mi oferta de servicios, certificaciones de experiencia, declaraciones juradas, atestados; asimismo consiento el acceso a la investigación de mis datos personales como antecedentes penales, judiciales, policiales, laborales y administrativos, mis antecedentes de salud, mis atestados y todo lo referente para efectos de los diferentes trámites que realiza el Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos del Ministerio de Trabajo, con el fin de realizar una descripción del perfil que se requiere para el puesto en cumplimiento de sus funciones organizacionales y los alcances de la presente declaración jurada.

Además, comprendo y acepto, que, como interesado(a) estoy en la obligación de brindar toda la información, la cual, debe ser veraz, actual y oportuna; también comprendo y acepto en caso de determinarse cualquier dato falso, omiso o erróneo, facultará al Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos para que anule la presente solicitud de participación y mi oferta quedará excluida del proceso.

Comprendo y acepto, que en caso de no aportar la información o documentación oportunamente que, a criterio del Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos sea solicitada y necesaria para valorar, aclarar, verificar, corroborar o bien, rectificar; no será considerada en el estudio de la evaluación de mis atestados, indistintamente de la justificación.

Manifiesto estar de acuerdo y autorizo someterme a la evaluación, que, a juicio del Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos, sea necesaria para determinar características personales, competencias, habilidades, conductas y cualquier otro criterio técnico de selección para determinar el personal más idóneo para la clase de puesto. Conozco, entiendo y acepto que, si los resultados de las pruebas no me fueran favorables, quedaré excluido del proceso.

Comprendo que, la puntualidad es analizada como parte del procedimiento en el presente concurso, que las tardías, indistintamente de su justificación, no serán consideradas como facultativas de tiempo extra en las valoraciones y que, a partir de los veinte minutos se tomará como ausencia injustificada, y se levantará bitácora por parte de los evaluadores. Por esta razón, comprendo que debo tomar las previsiones del caso y así evitar inconvenientes, ya que se llevará bitácora de control de llegada, como parte de dicha evaluación.

Conozco, comprendo y acepto que, en el caso de no justificar mi ausencia en el período de tres días hábiles posteriores a la convocatoria de cualquiera de las valoraciones programadas por el Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos en el concurso de marras, o bien, presentar motivos de justificación fuera de las disposiciones concursales, obtendré una calificación porcentual final definitiva de 0% sin excepciones en este predictor.

**Del registro de elegibles, nómina o terna y resolución del puesto.**

Entiendo y acepto, que la entrega de mi oferta de servicios y atestados no garantiza la participación y tampoco, la inclusión en el registro de elegibles; ya que debe ser analizado el cumplimiento de requisitos de la clase y cargo en el Concurso Público MTSS-CP-01-2023.

Comprendo y acepto que, los actos administrativos recurribles en este concurso de marras, son la verificación de requisitos obligatorios y comunicación de resultados de las bases de selección.

Entiendo y acepto que, en caso de no ser seleccionado seguiré conformando el registro de elegibles, por un plazo de 06 meses posteriores, contados a partir del momento que se les comunica al correo electrónico por parte de este Departamento, la resolución del puesto.

Conozco, comprendo y acepto que la nómina o terna se confecciona de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución N°R-DC-83-2018 “Lineamientos sobre gestiones que involucran a la Auditoría Interna presentadas ante la Contraloría General de la República” será resuelta por el Jerarca Institucional.

**De las condiciones del cargo y nombramientos.**

Comprendo y acepto laborar en giras a nivel nacional e internacional; como también comprendo la responsabilidades para la clase de puesto SubAuditor Nivel 3.

**De las notificaciones.**

Solicito ser informado(a) al correo electrónico indicado en la presente declaración jurada, mismo que establezco **como único medio de notificación formal** de todo lo referente al proceso concursal; por lo que soy responsable de solicitar oportunamente, cualquier cambio por escrito al Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en relación a dicho medio; caso contrario, acepto y comprendo, que esa Dependencia no asumirá responsabilidades relacionadas con notificaciones no recibidas y no se admitirá tal argumento para reprogramaciones, revisiones u cualquier otro.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, establezco el presente correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como medio de notificación formal, para todos los efectos del concurso.

Acepto que, toda información contenida en esta oferta de servicios, manifestación de interés, declaración jurada, atestados, certificaciones y expediente personal que se resguarda en el Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos (este último en caso de ser funcionario) y cualquier otra aportada para la conformación de mi expediente en el *Concurso Público MTSS-CP-01-2023,* es de carácter confidencial y de uso exclusivo, del Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Por lo anterior, declaro que comprendo, conozco y estoy de acuerdo con todos los alcances de la presente declaración jurada de mi oferta de servicios, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar nombre), cédula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; firmo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al ser las\_\_\_: \_\_\_ horas del día \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_.

**Funcionario encargado de recibir la oferta de servicios y declaración jurada**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad de folios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

**COMPROBANTE DE PARTICIPACIÓN AL CONCURSO PÚBLICO MTSS-CI-01-2023**

**Clase: SUBAUDITOR NIVEL 3**

Nombre del oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cantidad de folios entregados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del reclutador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de recepción de la manifestación de interés: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha de recepción de documentos: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

\*Este comprobante sólo garantiza la entrega de la oferta de servicios y no así, la participación o la inclusión en el registro de elegibles; su oferta estará siendo analizada, le estaremos notificando.