



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE  
**GUATEMALA**

MINISTERIO DE TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL

**PERFIL DEL OFERENTE**

FOTO  
(Tipo  
Pasaporte)

DIA	MES	AÑO

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

<b>1.</b> Nombre Usuario:			
<b>2.</b> Número DPI:		<b>3.</b> Teléfono:	
<b>4.</b> Edad: Fecha de Nacimiento:		<b>5.</b> Correo electrónico:	
<b>6.</b> Género: Estado Civil:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
<b>7.</b> Etnia:	Ladino <input type="checkbox"/>	Garifuna <input type="checkbox"/>	Maya <input type="checkbox"/> Xinka <input type="checkbox"/>
<b>8.</b> Dirección:			
<b>9.</b> Nombre Persona Contacto:		<b>10.</b> Teléfono:	
<b>11.</b> Correo Electrónico:		<b>12.</b> Parentesco:	
<b>13.</b> Interés laboral del usuario			
Oficinas <input type="checkbox"/>	Agrícolas <input type="checkbox"/>	Planta de Producción <input type="checkbox"/>	Computación <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Especifique:			
<b>14.</b> Disponibilidad de Horario para el desempeño laboral:			
Diurno <input type="checkbox"/>	Nocturno <input type="checkbox"/>	Rotativo <input type="checkbox"/>	Mixto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Especifique:			

**II. FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>15.</b>	Universitario <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Diversificado <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe <input type="checkbox"/> Cursos <input type="checkbox"/>		
<b>16.</b> Último grado cursado:	<b>17.</b> Centro de Estudio:	<b>18.</b> Fecha:	
<b>19.</b> Estudia actualmente:	<b>20.</b> Especifique:	<b>21.</b> Profesión u Oficio:	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			



22. Cursos de capacitación recibidos:						
Nombre del curso recibido	Tipo de curso recibido	Establecimiento donde recibió la capacitación	Fecha inicio	Fecha final	Duración En horas	Lo practica
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dónde:
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dónde:
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dónde:

### III. INFORMACIÓN ESPECÍFICA

23. Capacidades y habilidades del usuario (en observaciones especifique si utiliza ayudas técnicas)	
a-	Visual _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
b-	Auditiva _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
c-	Motora Brazos _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
d-	Motora Manos _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
e-	Motora Piernas _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
f-	Cognitivo _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
g-	Atención al Público _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
h-	Manejo de dinero _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
i-	Desplazamiento Constante dentro de la empresa _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
j-	Desplazamiento fuera de la Empresa _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
k-	Manejo de Personal _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
l-	Trabajo en Equipo _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
m-	Manejo de Herramientas (Mecánicas-Manuales). _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:
n-	Conducir Vehículos (Tipo de Licencia). _____Alto _____Medio _____Bajo /Observaciones:



o- Manejo de Cargas (Máximo peso): \_\_\_\_\_ Alto \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Bajo /Observaciones:

p- Otras capacidades/habilidades: \_\_\_\_\_

**24.** Requerimientos del usuario en cuanto a la colocación laboral

- Apoyo para el proceso de iniciación en el puesto
- Evaluación Ocupacional y Recomendaciones
- Seguimiento del proceso
- Capacitación sobre el puesto laboral y el entorno.
- Adaptaciones al puesto y al entorno
- Accesibilidad del área de trabajo – infraestructura e implementos.
- Tecnología específica
- Interpretación Lenguaje en Señas
- Ninguno
- Otro

Observaciones: \_\_\_\_\_

**25.** El usuario tiene experiencia laboral:

Sí  No

Especifique la experiencia laboral que posee:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especifique los dos (2) últimos trabajos y tiempo laborado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26.** Recibe actualmente Atención Médica:

Sí  No

Indique por favor su diagnóstico médico o tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_

**27.**

\_\_\_\_\_

Firma Persona Oferente (usuario)

<b>28.</b> Nombre de la persona que llenó el presente formulario:	<b>29.</b> Fecha:

**30.** **SELLO**

