



CONCURSO POR OPOSICION I-2025  
ANEXO II CURRICULO OFERTA DE SERVICIOS

Código: \_\_\_\_\_

Estimado(a) oferente, este documento es parte del procedimiento para participar en el Concurso de Oposición y el Ingreso a la Carrera del Servicio Exterior de la República No. I-2025, con fundamento en la normativa vigente: Estatuto del Servicio Exterior y su Reglamento, Reglamento del Concurso de Oposición y el Ingreso a la Carrera del Servicio Exterior y sus reformas, y Reglamento sobre Atinencias Académicas Aplicables al Régimen del Servicio Exterior, entre otros.

Este formulario no debe ser alterado bajo ninguna circunstancia. Por lo que, se le solicita respetar el formato oficial establecido (no se recibirán aquellos que presenten alteraciones/modificaciones en cuanto al fondo y forma). Usted deberá aportar y/o anexar escaneados los documentos probatorios, sobre la información detallada en el mismo. Debe ser completado con letra imprenta clara y legible en color de azul preferiblemente (fuente), además debe ser firmado y registrado su número de cédula en cada una de las páginas (puede usar firma digital para ello o firmar físicamente, cuando se le cite para cumplir con el procedimiento de confrontación de los documentos originales). Una vez completado el Currículo/Oferita de Servicios, deberá remitirlo con el resto de requisitos a través del correo acreditado exclusivamente para tal fin, conforme lo indicado en el documento de convocatoria al concurso.

*Nota: En la última hoja del formulario, hay un espacio en donde puede anotar observaciones generales.*

Fecha: \_\_\_\_\_

## I. INFORMACION PERSONAL

Indique su número de cédula de identidad: *\_(debe aportar copia escaneada legible y vigente del documento, por ambos lados)*

Indique su nombre completo (Nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO			SEXO
Día: _____	Mes: _____	Año: _____	_____

Su estado civil actual es: \_\_\_\_\_

En caso de ser casado (a), indique el nombre completo de su cónyuge (nombre y apellidos):

\_\_\_\_\_

Indique los números telefónicos para localizarle fácilmente:

Oficina (indique la extensión)	Celular:	Domicilio:	Otro:
_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
*Firma del (la) oferente*

\_\_\_\_\_  
*No. Cédula*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



Indique un correo electrónico para recibir notificaciones por parte de la Institución:

\_\_\_\_\_

Indique la dirección **exacta** de su domicilio actual (para quienes residen en Costa Rica):

PROVINCIA	CANTON	DISTRITO

Indique las señas exactas de su domicilio actual (**es necesario detallarlas claramente**):

\_\_\_\_\_

Código postal de su domicilio actual: \_\_ (consulte en <https://correos.go.cr/codigo-postal/>)

**En caso de residir fuera de Costa Rica**, indique **claramente** en el siguiente espacio el país donde reside, así como las señas exactas de su domicilio: \_\_

\_\_\_\_\_

Código postal de su domicilio actual: \_\_\_\_\_

## II. INFORMACION FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
PADRE ⇨			
MADRE ⇨			

Tiene Usted hijos (as):      No       Si

Indique en letras, el número de dependientes a su cargo:

\_\_\_\_\_

Indique si Usted, su cónyuge, hijos(as) u otros miembros de su grupo familiar de origen, poseen al menos una doble nacionalidad (si no tiene indique N/A en todos los espacios):

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NACIONALIDAD(ES)

Algún familiar suyo trabaja actualmente en el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (si no tiene indique N/A en todos los espacios):

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	OFICINA Y CARGO

\_\_\_\_\_  
*Firma del (la) oferente*

\_\_\_\_\_  
*No. Cédula*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



### III. ESTUDIOS REALIZADOS QUE SEAN ATINENTES A LA LABOR DIPLOMÁTICA

(Debe aportar los documentos originales y copias respectivas, para conformar su expediente)

Educación	Nombre de la Institución donde obtuvo la Formación	Nombre Exacto del Título Obtenido	Año de Finalización del Programa de Estudios
Bachillerato			
Licenciatura			
Especialidad			
Maestría			
Doctorado			
Otros			

En caso de contar con estudios reconocidos (homologados) por el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) de Costa Rica, indique el detalle de los títulos obtenidos en el extranjero:

Está incorporado(a) a algún Colegio(s) Profesional(es) en Costa Rica: No  Si . A continuación, indique lo siguiente:

Nombre del Colegio Profesional	# de Afiliación	Fecha de Incorporación (mm/dd/aaaa)	Último grado académico de incorporación	Condición de Incorporación (activo o inactivo)

Del cuadro anterior, indique brevemente la razón por la que se encuentra en condición "inactivo(a)" (sólo si corresponde, si no indique N/A):

\_\_\_\_\_

¿Usted está participando en el presente concurso por haber aprobado las materias enumeradas en el artículo # 14 del Estatuto del Servicio Exterior (universidad autorizada oficialmente o por el Instituto del Servicio Exterior de Costa Rica)? No  Si .

Firma del (la) oferente

No. Cédula

Fecha



Aporta la(s) certificaciones correspondientes: No  Si ; ¿Cuántas y de cuáles materias aporta certificaciones?

---

## IV. HISTORIAL LABORAL

(Debe aportar los documentos originales y copias respectivas, para conformar su expediente)

Detalle en los siguientes cuadros su historial laboral (sólo las últimas tres experiencias), ordene la información empezando con la más reciente (incluso la actual). Registre sólo aquellas experiencias mayores a períodos de un año: Experiencia laboral en el Sector privado:

Nombre de la organización	Nombre del puesto/Cargo	Período laborado (desde... hasta) (dd/mm/aaaa)	Motivo de salida
		Desde: Hasta:	
		Desde: Hasta:	
		Desde: Hasta:	

### Experiencia laboral en el Sector público:

Nombre de la institución pública	Nombre del puesto/Cargo	Tipo de contratación o nombramiento (Interinato / Propiedad, otro)	Período laborado (dd/mm/aaaa)	Motivo de salida
			Desde: Hasta:	
			Desde: Hasta:	
			Desde: Hasta:	

¿Ha sido cesado(a) de alguna Institución del Estado? (viene desde el cuadro anterior)

No <input type="checkbox"/> (Pase a sig. Pregunta.)	Si <input type="checkbox"/>	Indique la fecha del rige del cese (dd/mm/aaaa):	Nombre de la Institución: Indique el motivo: Reestructuración <input type="checkbox"/> Despido con causa <input type="checkbox"/> Cese de Interinidad <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Detalle el motivo: _____
---	--------------------------------	--	--

Firma del (la) oferente

No. Cédula

Fecha



¿Ha recibido prestaciones legales en los últimos siete años, por parte de alguna de las instituciones públicas en las que laboró (considere sólo si se le canceló preaviso y/o cesantía)? (Viene desde los cuadros anteriores):

No  (Pase a sig. Pregunta.) Sí . Indique la fecha del pago recibido (dd/mm/aaaa):

**NOTA IMPORTANTE:** Los documentos probatorios sobre experiencia laboral (constancias o certificaciones) deben contener la siguiente información sin excepción, para los efectos del presente concurso: *Nombre completo de la persona oferente, no. de cédula de identidad, nombre del puesto y cargo desempeñado, fecha exacta de ingreso y salida, jornada laboral, breve descripción*



Firma del (la) oferente

No. Cédula

Fecha



*sustancial de las funciones desempeñadas; en los casos donde se ha ejercido supervisión de personal: debe indicar el período en que fue ejercida, cantidad de personal a cargo y la descripción de los niveles ocupacionales de los subalternos. Debe contar con la firma y sello de la entidad competente para emitir dicho documento (sólo se consideran copias debidamente confrontadas desde los respectivos originales o documentos firmados digitalmente). En el caso de entidades privadas dicho documento debe venir firmado por el representante legal de la empresa u Oficina de Recursos Humanos; en el caso de entidades públicas dicho documento sólo se recibirá cuando venga expedido por la Oficina de Gestión Institucional de Recursos Humanos). En caso de tener que recurrir a una declaración jurada para certificar la experiencia laboral (ejercicio liberal de la profesión), dicho documento deberá ser protocolizado por un abogado o notario público.*

## V. LEGAL

¿Ha tenido en los últimos diez años (incluyendo la fecha actual) causas penales/civiles/administrativas o por cualquier otro concepto ante los Tribunales de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, o con cualquier otra autoridad judicial nacional/internacional o autoridad administrativa?:

No  (pase a la sig. pregunta) Si . Indique el año (dd/mm/aaaa):   . Indique el nombre de la autoridad judicial o administrativa y detalle brevemente la situación ocurrida:

---

---

¿Ha tenido o tiene procesos administrativos - disciplinarios en alguna o varias instituciones del Estado?:

No  (pase a la sig. pregunta) Si . Indique el año (dd/mm/aaaa):   . Indique el nombre de la institución y detalle brevemente la situación ocurrida:

---

---

Firma del (la) oferente

No. Cédula

Fecha



## VI. DISPONIBILIDAD

Disponibilidad para viajar a cualquiera de las Misiones Diplomáticas que representan a Costa Rica:	No (pase a la sig. pregunta)	Si	En caso de marcar NO, indique el motivo:

¿Tiene alguna dificultad para desplazarse a algún Estado o país?:	No (pase a la sig. pregunta)	Si	En caso de marcar SI, indique el nombre del lugar y la causa:

## VII. DOMINIO DE IDIOMAS

(Nota: debe aportar los documentos originales y copias respectivas, para conformar su expediente)

NOMBRE DEL IDIOMA	¿DÓNDE APRENDIO?	LO	NIVEL (Indique el porcentaje de dominio en una escala del 1 al 100%)	POSEE ALGUN TIPO DE CERTIFICACIÓN (Indique el nombre):

## VIII. CAPACITACION AFIN A SU PROFESION (Sólo aquella obtenida en los últimos 5 años):

(Nota: debe aportar los documentos originales y copias respectivas, para conformar su expediente)

INSTITUCIÓN QUE LA IMPARTIÓ	NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN	# DE HORAS	FECHA EN QUE FUE RECIBIDA (dd/mm/aaaa)
1.			
2.			

Firma del (la) oferente

No. Cédula

Fecha



3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

*Nota: Si la cantidad sobrepasa de quince acciones de capacitación, anexe un cuadro con el detalle restante (use el mismo formato de la tabla)*

## IX. EXPERIENCIAS EXTRA CURRICULARES

*(Nota: debe aportar los documentos originales y copias respectivas, para conformar su expediente)*

¿Ha representado formalmente a Costa Rica (gestión comunitaria, asociación, grupo profesional, religioso, político, laboral, cultural, otro)? No  (pase a la sig. pregunta) Si . Detalle brevemente en que consistió la experiencia (indique claramente el período en que fue llevada a cabo dicha participación):

---



---



---



---

## X. SALUD

*(Nota: debe aportar los documentos probatorios originales y copias respectivas, para conformar su expediente)*

Marque con una "X" si sufre alguno de los siguientes padecimientos:							
Dolor crónico de espalda	<input type="checkbox"/>	Jaqueca o migraña	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	Afección del corazón	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas	<input type="checkbox"/>	Nervios	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Discapacidad física	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Deficiencia auditiva	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
Deficiencia visual corregida	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>
Deficiencia visual sin corregir	<input type="checkbox"/>	Colitis/Gastritis	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Cirugías recientes	<input type="checkbox"/>
Otros (especifique):							
Espacio para hacer observaciones con relación a lo anteriormente indicado:							

Firma del (la) oferente

No. Cédula

Fecha





<b>¿Tiene usted alguna discapacidad que requiera algún tipo de apoyo durante el proceso de evaluación? En caso afirmativo, debe aportar la certificación de discapacidad, que al efecto emita el Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad (CONAPDIS), al amparo del Decreto Ejecutivo N° 40727-MP-MTSS del 31 de octubre de 2017 y sus reformas.</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>DETALLE CLARAMENTE EL TIPO DE DISCAPACIDAD Y APOYO QUE REQUIERE</b>

Observaciones generales:

---

---

---

---

---

---

---



Firma del (la) oferente

No. Cédula

Fecha



## XI. CARGOS DESEMPEÑADOS EN LA SEDE DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO O EN EL EXTERIOR

CARGO DESEMPEÑADO		DESCRIPCION DEL CARGO	FECHAS	MOTIVO DEL CESE
HONORARIO	REMUNERADO			

## XII. DECLARACION JURADA SOBRE NO TENENCIA DE CAUSAS PENALES PENDIENTES EN COSTA RICA O FUERA DE ELLAY DE ESTAR AL DIA EN EL PAGO DE LAS OBLIGACIONES QUE TENGA EN MATERIA ALIMENTARIA

(Sirvase responder en el siguiente espacio, conforme el inciso g, articulo N°18 del decreto N°29428-RE del Reglamento al Estatuto del Servicio Exterior de la República)

---

---

---

---

*Firma del (la) oferente*

*No. Cédula*

*Fecha*



### **XIII. MANIFESTACION ESCRITA SOBRE DISPONIBILIDAD PARA SERVIR**

**CARGOS EN LA SEDE CENTRAL Y EN EL EXTERIOR E INICIO DE PERIODO DE PRUEBA A MAS TARDAR SESENTA DIAS NATURALES DESPUES DEL RESULTADO FAVORABLE EN CUANTO A SU PARTICIPACION EN EL CONCURSO**

(Sirvase responder en el siguiente espacio, conforme el inciso i, articulo N°10 del Reglamento del Concurso de Oposición y el Ingreso a la Carrera del Servicio Exterior para el Concurso de Oposición I-2023)

---

---

---

---

---

---

---

---

### **XIV. AUTORIZACION PARA QUE LA COMISION AD HOC REALICE LAS INDAGACIONES OPORTUNAS SOBRE SUS ANTECEDENTES**

(Sirvase responder en el siguiente espacio, conforme el inciso E, articulo N°18 del Reglamento al Estatuto del Servicio Exterior de la República)

---

---

---

---

---

---

---

---

Notas: ***Toda la información contenida en este formulario es de carácter confidencial.*** Con su firma, como persona interesada declara bajo juramento que toda la información registrada es verdadera, por lo que, cualquier dato falso o incorrecto, facultará a la Comisión Ad Hoc del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Costa Rica a no considerar la presente postulación. Además, Usted expresa estar de acuerdo en participar bajo las condiciones detalladas en la convocatoria y otros documentos anexos del concurso, incluso dando su visto bueno o anuencia para que la información suministrada sea verificada en caso de considerarse necesario. Para lo cual, procede a firmar todas las páginas del presente documento:

*Firma del (la) oferente*

*No. Cédula*

*Fecha*

---

---

---



## LISTA DE CHEQUEO

En el siguiente espacio (**columna A**), chequee que todos los requisitos detallados en el artículo # 10 del Reglamento del Concurso de Oposición y el Ingreso a la Carrera del Servicio Exterior (No. 39127-MRREE), están siendo completados y/o aportados (anexados) en este formulario denominado Currículo/Oferta de Servicios:

REQUISITO	CONTROL DEL OFERENTE	ESPACIO PARA USO DE OFICINA (OBSERVACIONES)
a. Currículo actualizado/Oferta de Servicios		
b. Fotocopia de títulos académicos o certificación de las materias enumeradas en el artículo #14 del Estatuto del Servicio Exterior		
c. Constancia o certificación de dominio del idioma inglés o francés (con nota igual o superior a 80%)		
d. Fotocopia por ambas caras de la cédula de identidad		
e. Tres cartas sobre referencias académicas o laborales del aspirante		
f. Indicación escrita de los cargos servidos Honoria o remuneradamente en la sede el MREC o en el exterior.		
g. Declaración jurada sobre la no existencia de causas penales pendientes de resolución.		
h. Ensayo sobre las motivaciones personales para solicitar el ingreso a la carrera del servicio exterior.		
i. Manifestación escrita sobre disponibilidad para servir cargos en la sede central y en el exterior, e inicio de periodo de prueba a más tardar 60 días naturales después de recibir el resultado favorable sobre su participación en el concurso.		
j. Autorización para que la Comisión Ad Hoc realice todas las indagaciones que considere oportunas.		

### ESPACIO PARA USO DE OFICINA:

Recibido por: \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, en la fecha: \_\_\_\_\_  
(Nombre del (la) Analista)

SELLO

Firma del (la) oferente

No. Cédula

Fecha



MINISTERIO DE  
RELACIONES EXTERIORES  
Y CULTO

GOBIERNO  
DE COSTA RICA



*Firma del (la) oferente*

*No. Cédula*

*Fecha*