

1.- DATOS PERSONALES

1.1.- INFORMACIÓN GENERAL

Cédula de ciudadanía:	Fecha de nacimiento:
Apellidos:	Nombres:
Provincia donde reside:	Cantón donde reside:
Parroquia:	Barrio:
Dirección domiciliaria:	
Teléfono celular:	Correo electrónico:
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

2.- FORMACIÓN ACADÉMICA

2.1.- INFORMACIÓN PROFESIONAL

Carrera / Maestría:	Título:
Nivel de satisfacción de su proceso de formación profesional recibido en la UPSE:	Muy Satisfactorio <input type="checkbox"/> Satisfactorio <input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio <input type="checkbox"/>
Nivel de estudio actualmente alcanzado:	Tercer nivel <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado (PhD) <input type="checkbox"/>

2.2.- ESTUDIOS DE POSGRADO

Le gustaría obtener un título de posgrado:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de posgrado:	Especialidad médica <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado (PhD.) <input type="checkbox"/> Cúal:
Horarios del posgrado:	Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Intensivo (sábado y domingo) <input type="checkbox"/>

2.3. EDUCACIÓN CONTINUA

Le interesaría tomar cursos de actualización:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre del curso que le gustaría realizar:	
Horarios del curso:	Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Intensivo (sábado y domingo) <input type="checkbox"/>

3.- INFORMACIÓN LABORAL

USTED LABORA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>Si responde NO, continúe al segmento 3.2.</i>
---------------	---	--

3.1.- SI USTED LABORA CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

3.1.1 DATOS DE LA EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN DONDE LABORA:

Estado actual del empleo:	Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente (Emprendimiento) <input type="checkbox"/>
Nombre de la empresa:	Matriz <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/>
Siendo independiente usted cuenta con:	R.U.C. <input type="checkbox"/> R.I.M.P.E. <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
Sector de la Empresa:	Público: <input type="checkbox"/> Privado: <input type="checkbox"/> ONG: <input type="checkbox"/> La Empresa es: Local: <input type="checkbox"/> Nacional: <input type="checkbox"/> Multinacional: <input type="checkbox"/>
Ciudad:	Teléfonos:
Dirección:	
Tamaño de la Empresa por el número de empleados:	Microempresa: 1 a 9 <input type="checkbox"/> Pequeña: 10 a 49 <input type="checkbox"/> Mediana: 50 a 199 <input type="checkbox"/> Grande: 200 ó más <input type="checkbox"/>

Actividad económica de la empresa / institución:

AGRICULTURA, GANADERÍA Y PESCA

SECTOR FINANCIERO

SERVICIOS

COMERCIO

PESQUERO

PETRÓLEO Y MINERÍA

TURISMO Y ALIMENTACIÓN

EDUCATIVO

INDUSTRIAL

SALUD

CONSTRUCCIÓN

TECNOLOGÍA

OTROS:

3.1.2 DATOS DEL CARGO QUE DESEMPEÑA:

Departamento donde labora: _____

Cargo que desempeña: Director/gerente Coordinador Asistente Técnico
 Jefe/Administrador Otro: Especifique: _____

Fecha de ingreso: (mm/aaaa) / _____ En su trabajo, usted ejerce su profesión: SI NO

Remuneración Mensual que recibe: Menos de US\$ 500,00 Entre US\$ 501 y US\$ 750 Entre US\$ 751 y US\$ 1.000
 Entre US\$ 1.001 y US\$ 1.500 Entre US\$ 1.501 y US\$ 2.000 Más de US\$ 2.001

3.2. SI USTED NO LABORA, DETALLE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Meses sin laborar: 1-6 7-12 13-18 19-24 25-30 31-36 Más de 37

Cuánto tiempo laboró en su último empleo: menos de 12 meses 1 año 2 años más de 3 años

Cuáles son las causas de su desempleo:

1. Titulación inadecuada para la oferta laboral	<input type="checkbox"/>
2. Insuficientes plazas de trabajo	<input type="checkbox"/>
3. Escasa experiencia laboral	<input type="checkbox"/>
4. Otra Especifique:	<input type="checkbox"/>

4.- PARTICIPACIÓN SOCIAL

Ud pertenece a redes de investigadores: Si No Cuáles: _____

Ud pertenece a instituciones sociales: Si No Cuáles: _____

Ud pertenece a organismos de profesionales: Si No Cuáles: _____

Ud pertenece a asociaciones de graduados: Si No Cuáles: _____

Ud posee cargo de elección popular: Si No Cuáles: _____

FIRMA DEL GRADUADO				PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUIMIENTO A GRADUADOS			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certifico que los datos aquí registrados son verdaderos y que poseo la documentación que evidencia lo escrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lcdo. Jairo Ruiz Rabasco, MSc.
DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA	
FECHA			FIRMA DEL GRADUADO	FECHA			

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN