

DISPOSICIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE REQUISITOS PARA EL CAMBIO DE GRADO ACADÉMICO AL COLTRAS

Las personas que solicitan el cambio de grado de Bachiller a Licenciatura deberán adjuntar los requisitos en un único archivo en PDF (Portable Document Format) guardado con su nombre y apellidos.

Pueden utilizar las aplicaciones gratuitas CamScanner, Adobe Scan entre otras para el escaneo final de documentos.

No se aceptarán documentos que tengan adjuntos requisitos incompletos, archivos individuales, fotografías o que no cumplan con el formato establecido en esta guía, es responsabilidad de la persona agremiada cumplir con los requisitos y el formato establecido.

En caso de que se reciban documentos incompletos, en otro formato o no guardado correctamente no se realizará el trámite y deberán enviar los documentos nuevamente para revisión dentro del periodo de recepción de requisitos, según las fechas establecidas.



1. BOLETA DE DATOS

DEBE LLENARLA A MANO Y COLOCAR LA FOTOGRAFÍA
ANTES DE GENERAR EL ARCHIVO PDF

	COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DE COSTA RICA	COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DE COSTA RICA	BOLETA DE DATOS			
INFORMACIÓN PERSONAL					CÓDIGO <input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
N° CÉDULA		NOMBRE COMPLETO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
FECHA NACIMIENTO	GÉNERO	ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TELÉFONO HAB.	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO OPCIONAL				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL)		CORREO ELECTRÓNICO (ADICIONAL)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
DIRECCIÓN COMPLETA						
INFORMACIÓN LABORAL						
<input type="text"/>						
INSTITUCIÓN DONDE LABORA						
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
DEPARTAMENTO	PUESTO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INTERINO	PROPIEDAD	CONTRATO	OTRO	_____		
	550 Metros Este Iglesia Santa Teresita, Barrio Escalante			Teléfonos 2225-2778 / 2225-6600 / 2225-4500 Fax: 2225-5479 APDO 5650-1000 San José		

BOLETA DE DATOS



INSTITUTO COSTARRICENSE DE EDUCACIÓN SUPERIOR

COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DE COSTA RICA

BOLETA DE DATOS

TELÉFONO OFICINA

TELÉFONO OFICINA

FAX

DIRECCIÓN EXACTA DE LUGAR DONDE LABORA

APARTADO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

ESTUDIOS

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD

GRADO ACADÉMICO

FECHA DE GRADUACIÓN INDICADA EN EL CERTIFICADO

FILIAL A LA QUE PERTENECE

Sede Central

Branca

Cartago

Chorotega

Huetar Norte

Occidente

Pacífico Central

Caribe

FORMA DE PAGO DE MENSUALIDAD

Ventanilla del Colegio

Conectividad

Depósito bancario

BHPAR

Rebajo por Planilla
(Únicamente para las instituciones con convenio)

SEPE Móvil



550 Metros Este Iglesia Santa Teresita,
Barrio Escalante



Teléfonos 2225-2778 / 2225-6600 / 2225-4500
Fax: 2225-5479 APDO 9656-1000 San José

BOLETA DE DATOS

ESTA BOLETA DEBE SER IMPRESA, FIRMADA Y ESCANEADA, NO SE ACEPTA FIRMA DIGITAL, A MENOS QUE SEA FIRMA VALIDADA POR EL BANCO CENTRAL



- A) El Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica, cuenta con la existencia de una base de datos con la información personal de las y los afiliados del Colegio.
- B) El fin de dicha base de datos es poder contar con información para contactar a las y los afiliados incorporados y cumplir con el requerimiento de información según la Ley de Orgánica del Colegio.
- C) La información será únicamente utilizada por el Colegio y solo podrá consultar la información el personal administrativo y la Junta Directiva para los trámites propios del funcionamiento del Colegio. No se brindará información a terceras personas, salvo orden de carácter judicial.
- D) La información solicitada en el formulario "Boleta de Datos" es de carácter obligatorio y deberá ser brindada con toda veracidad.
- E) Los datos solicitados se manejará con completa confidencialidad y bajo ninguna circunstancia se comercializarán o cederán a terceras personas o empresas.
- F) En caso de no brindar la información solicitada o brindar información falsa, la solicitud de incorporación podrá ser rechazada y se procederá según lo que establece el Código de Ética del Colegio.
- G) Las y los afiliados podrán consultar su información personal y actualizarla en cualquier momento.
- H) El Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica mantiene la base de datos de las y los afiliados en las oficinas administrativas ubicadas en Barrio Escalante, 550 metros este de la Iglesia Santa Teresita.

El responsable de la base de datos es el Lic. Franklin Lezcano Méndez, administrador del Colegio. Para consultas puede comunicarse al teléfono 2225-4500 Ext. 102 o por medio del correo electrónico: flezcano@trabajosocial.or.cr.

Yo _____, brindo la información de forma completa veraz bajo mi consentimiento.

Firma, Cédula



550 Metros Este Iglesia Santa Teresita,
Barrio Escalante



Teléfonos: 2225-2770 / 2225-6600 / 2225-4500
Fax: 2225-5479 APOO 5656-1000 San José

3. POLIZA DE VIDA

ESTA BOLETA DEBE SER IMPRESA, FIRMADA Y ESCANEADA, COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA MARCADA.

NO SE ACEPTA FIRMA DIGITAL, A MENOS QUE SEA FIRMA VALIDADA POR EL BANCO CENTRAL

		INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Seguros Personales SOLICITUD PARA INCLUSIÓN EN UN SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA					
DATOS DE LA PÓLIZA							
Nombre del Tomador de Seguro: <u>Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica</u>							
Número de Póliza: <u>VTM0000145-03</u>							
DATOS DEL SOLICITANTE							
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:					
Tipo de Identificación:	<input type="radio"/> Persona física <input type="radio"/> Cédula de Residencia <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Permiso Trabajo						
N° Identificación:	Ocupación o actividad económica: <u>Trabajador Social</u>						
Fecha de nacimiento:	Día / Mes / Año	Edad:	Nacionalidad:				
Provincia:	Cantón:	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino					
Dirección exacta:		Distrito:					
Apartado:	Teléfono Oficina:	Teléfono Celular:					
Dirección Electrónica:							
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:					
Monto Asegurado:		Lugar de residencia:					
Fecha de ingreso al grupo:		¿Usted contaba o cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
Nombre de la compañía:		N° de póliza:					
NOTIFICACIONES							
Indique el medio por el cual desea ser notificado: _____							
DATOS DEL BENEFICIARIO							
Al momento de ser incorporado en la Póliza, Usted deberá hacer una designación de beneficiario (s) el (los) cual (es) puede cambiar en cualquier momento siempre que la póliza esté en vigor.							
Advertencia:							
En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.							
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.							
La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato.							
BENEFICIARIOS	Expresa claramente los nombres, parentesco o interés con el Asegurado						
	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:
		Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:			
	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:
		Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:			
	Si se contrata la cobertura de Vida Conjunta, indique el nombre del cónyuge o conviviente del Solicitante y en el cuadro los respectivos beneficiarios						
	Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:		
	Tipo de Identificación:		Número de Identificación:		Fecha de nacimiento:		
Expresa claramente los nombres, parentesco o interés con el cónyuge o conviviente.							
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:	
	Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:				
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo:	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:	Dirección exacta:					Fax:	
	Provincia:	Cantón:	Dirección electrónica:				
Firma del Cónyuge o conviviente aceptando su inclusión en la póliza y la designación de beneficios _____							
INS-F-1008054 05/15 lmac/hsl  Solo los seguros del INS tienen la garantía del Estado.							

POLIZA DE VIDA

DEBE SER IMPRESA, FIRMADA Y ESCANEADA, COMPLETAR LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA MARCADA

<p>El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el seguro dentro de un plazo que no excederá treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.</p>		
<p>Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</p>		
<p>La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 23, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los registros número P14-26-A01-074 VS.0 (colones) y P14-26-A01-075 VS.0 (dólares) ambos de fecha 21 de mayo del 2015.</p>		
<p>Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza. Así mismo, declaro que estoy enterado (a) de que puedo contratar este seguro por mi cuenta, directamente en cualquier entidad aseguradora o a través de cualquier corredor de seguros del país. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador del Seguro a incorporarme en esta póliza.</p>		
<p>He recibido el certificado de seguro, el cual me fue entregado, leído en forma clara y ampliamente indicado y manifiesto haberlo entendido.</p>		
<p>NOMBRE DEL INTERMEDIARIO: _____</p>		
<p>FIRMA Y N° IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: _____</p>		
<p>FECHA: _____</p>		
<p>Para uso exclusivo del Instituto:</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Autorizado por:</p>

4. CARTA DIRIGIDA A LA JUNTA DRECTIVA

LA CARTA DEBE SER IMPRESA, FIRMADA Y ESCANEADA

Esta es una solicitud formal a junta directiva, en la que solicitan el cambio de grado.



5. FOTOCOPIA LEGIBLE DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD POR AMBOS LADOS

LAS DOS CARAS DE DEN DE ESTAR EN UNA SOLA PÁGINA



6. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN DEBEN FIRMAR EL DOCUMENTO



Unidad de Investigación Repositorio Especializado en Trabajo Social

Autorización para la publicación de trabajos finales de graduación (TFG) en el Repositorio Especializado en Trabajo Social del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica (COLTRAS).

Yo _____ con cédula de identidad _____ en mi condición de autor/a del TFG: _____ realizado en la Universidad _____ sede _____ en el año _____

AUTORIZO voluntariamente al COLTRAS a divulgar mi TFG en el Repositorio Especializado en Trabajo Social. Dicho texto se publicará en formato PDF (o en el formato que en su momento se establezca) de tal forma que el acceso al mismo sea libre y gratuito para las personas usuarias de la plataforma, permitiendo su consulta e impresión, pero no su modificación.

El Repositorio Especializado en Trabajo Social podrá compartir los TFG con otros repositorios a nivel nacional e internacional.

La persona autora del TFG garantiza al COLTRAS que el trabajo es original y sirvió para la obtención de su título, lo cual no infringe ni viola ningún derecho de terceros.

Fecha: _____ Firma de la persona autora: _____

Para uso interno



Verificación por parte de la recepción del COLTRAS de la incorporación del TFG en el Repositorio Especializado en Trabajo Social como parte de los requisitos de incorporación o cambio de categoría.



550 Metros Este Iglesia Santa Teresita,
Barrio Escalante



Teléfonos 2225-3778 / 2225-5606 / 2225-8900
Fax: 2225-5479 APDO 5656-1000 San José

COMPROBANTE PUBLICACIÓN TFG

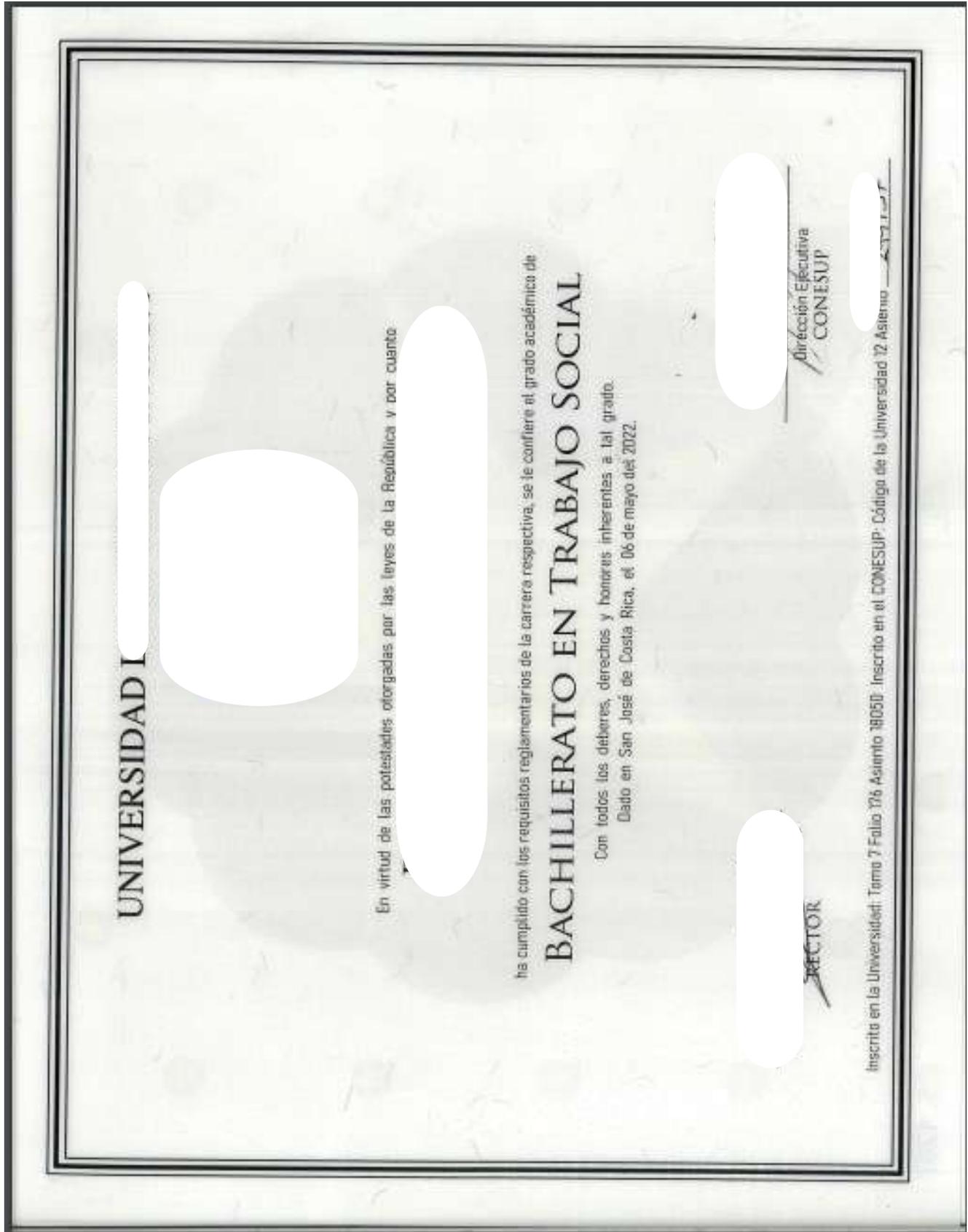
Únase a la comunidad de profesionales que divulgan su trabajo.

Tesis de grado o posgrado | Investigaciones | Artículos

- Complete el formulario adjunto para publicar su trabajo de investigación, tesis de grado o posgrado u otro.
- Los trabajos postulados serán previamente aprobados antes de su publicación.
- En caso de requerir espacio para almacenar el recurso debe proceder según las siguientes recomendaciones:
 - Los documentos deben estar guardados en formato pdf. Recomendamos utilizar **herramientas de compresión** para bajar el peso del documento. **lovepdf.com** es una herramienta en línea con muchas funciones para trabajar pdf
 - Envíe el documento adjuntándolo al formulario.
 - En caso de que el documento pese más de 2 megas, se solicita enviarlo vía **wetransfer.com** o bien otro similar.

Gracias Ashly Yariella Contreras Bustos por completar el proceso para publicar en el Repositorio del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.

7. TÍTULO ORIGINAL DE LICENCIATURA ESCANEO A COLORES



8. AUTENTICACIÓN DEL TÍTULO EMITIDA POR UN NOTARIO O UNIVERSIDAD PÚBLICA

