



Instrucciones: Complete todas las secciones de la presente solicitud luego de leer el manual CAP. El examen será en español, si la solicitud es en español. Es su responsabilidad revisar cuidadosamente todos los requisitos. Las solicitudes incompletas se devolverán sin ser procesadas. ISA se reserva el derecho de verificar independientemente toda la información proporcionada en la solicitud en cualquier momento, antes o después del examen.

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (escriba a máquina o en letra impresa)

Prefijo: Sr Sra. Srta. Otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial _____

Apellido de soltera _____

Debe proporcionar el nombre exactamente como aparece en su carnet con foto

Miembro de ISA Sí Número _____ No

Título de su puesto _____

Nombre de su empresa _____

Dirección preferida para el envío de correspondencia Particular Laboral *(Todos los materiales ISA se enviarán a esta dirección)*

Dirección _____

Dirección _____ Dirección interna de correspondencia _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____

Código Postal _____ País _____

Tel(_____) _____ Fax (_____) _____

Correo Electrónico _____

Nombre del Supervisor Actual _____ Título _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado/provincia _____ Código Postal _____

Tel (_____) _____ Fax (_____) _____

Correo Electrónico _____

Si presenta alguna incapacidad u obligación religiosa que requiera adaptaciones para realizar el examen, elija la casilla adecuada. Adjunte a esta solicitud la documentación que compruebe su incapacidad u obligación religiosa, y explique la adaptación que necesita para realizar el examen.

- Incapacidad definida por la ley de norteamericanos con discapacidades (ADA) Obligación religiosa

B. CLASIFICACIÓN INDUSTRIAL Y LABORAL

Seleccione la función principal que realiza en su cargo:

- Ingeniería en automatización (AK)
- Ingeniería en sistemas de control (B)
- Asesoramiento en ingeniería (AG)
- Gestión en ingeniería (3)
- Ingeniería instrumental (AN)
- Sistemas de comunicación/redes (AP)
- Mantenimiento, operaciones, e ingeniería de planta (G)
- Sistemas de información de planta (G)
- Administración de proyectos (AS)
- Ingeniería en diseño de sistemas
- Integración de sistemas (H)
- Otro _____ (P)

Seleccione la industria para la cual trabaja actualmente:

- Química (2800)
- Educación (8200)
- Equipo eléctrico u otro equipo electrónico (3600)
- Servicios en ingeniería (8710)
- Alimentación (2000)
- Gobierno (9100)
- Equipo y maquinaria industrial, incluyendo computadoras (3500)
- Aparatos de control, análisis, medición e instrumentación (3800)
- Asesoramiento en administración (8740)
- Refinería de petróleo e industrias relacionadas (2900)
- Farmacéutica (2830)
- Integración de sistemas (7370)
- Textil (2200)
- Transporte (3700)
- Servicios públicos (4900)
- Servicios públicos, cañería, excepto gas natural (4600)
- Servicios públicos, agua/aguas residuales (4940)
- Productos fabricados de metal, accesorios, y válvulas (3400)

C. INFORMACIÓN DE SELECCIÓN DE EXAMEN

Visite www.isa.org/exams/examschedule para repasar la información de exámenes electrónicos, lugares donde se realiza el examen, intervalos de evaluación, y el calendario de exámenes. **Es su propia responsabilidad revisar cuidadosamente todos los requisitos. Indique si usted piensa presentar el examen electrónicamente, o en un lugar privado que sea patrocinado por una empresa, o en un evento ISA especial.**

- Examen electrónico - Deberá presentar el examen dentro de los dos próximos intervalos de evaluación.
- Lugar de examen privado o evento especial, por escrito - La solicitud deberá llevar sello postal al menos seis semanas antes de la fecha del examen

Fecha de examen _____ Ciudad, estado/provincia _____
 (ISA no procesará su solicitud sin un lugar y fecha para presentar el examen en un lugar privado)

D. RESUMEN DE LA EXPERIENCIA LABORAL

Comience describiendo su trabajo más reciente y luego los anteriores; complete con la información requerida a continuación para documentar su experiencia laboral profesional. Fotocopie esta página si es necesario. **Debe incluir toda la información para cada puesto mencionado, de lo contrario no se aprobará su solicitud.** Debe mencionar su experiencia militar en esta página y documentarla con una copia de su formulario DD214, así como una descripción por escrito de sus responsabilidades.

Experiencia laboral 1

Empleador _____

Su puesto _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____ Estado/provincia _____ Código Postal _____ País _____

Nombre del supervisor y puesto _____ Correo electrónico _____

Tel: (_____) _____ Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Descripción de responsabilidades y obligaciones laborales _____

Experiencia laboral 2

Empleador _____

Su puesto _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____ Estado/provincia _____ Código Postal _____ País _____

Nombre del supervisor y puesto _____ Correo electrónico _____

Tel: (_____) _____ Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Descripción de responsabilidades y obligaciones laborales _____

Experiencia laboral 3

Empleador _____

Su puesto _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____ Estado/provincia _____ Código Postal _____ País _____

Nombre del supervisor y puesto _____ Correo electrónico _____

Tel: (_____) _____ Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Descripción de responsabilidades y obligaciones laborales _____

E. EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN

Incluya toda la información de cada título académico mencionado.

N.B. En caso que su solicitud reciba verificación independiente, deberá presentar el expediente académico que acredite sus estudios.

Universidad (título "asociado")

Título académico recibido/especializado en _____

Universidad _____

Dirección _____ Tel: _____

Ciudad _____ Estado/prov _____ Código Postal _____ País _____

Fecha de entrega _____ Fecha de comienzo _____ Fecha de finalización _____

Universidad (título "bachelor")

Título académico recibido/especializado en _____

Universidad _____

Dirección _____ Tel: _____

Ciudad _____ Estado/prov _____ Código Postal _____ País _____

Fecha de entrega _____ Fecha de comienzo _____ Fecha de finalización _____

F. VERIFICACIÓN DE EMPLEO EN CARGO RESPONSABLE

Complete esta sección si está documentando diez (10) años de experiencia en el campo de la automatización, de los que al menos dos (2) años deben haber sido en un cargo responsable. No es necesario documentar cargo responsable si completó Sección E, y está presentando un título técnico que requiere 4 años de estudio.

Cargo responsable tiene que ver con el grado de control ejercido por un profesional en automatización mientras está dirigiendo independientemente el trabajo profesional en automatización, igual que el nivel de decisiones que está tomando. Cargo responsable no se refiere al control administrativo, ni a funciones tal como la contabilidad, relaciones laborales, y la mercadotecnia.

"Cargo responsable" incluye:

- La responsabilidad de tomar personalmente decisiones importantes de proyectos en automatización, o de revisar y/o aprobar decisiones propuestas, antes de implementación, incluyendo la consideración de alternativos.

O

- La responsabilidad de evaluar la calidad de otros especialistas técnicos, y la validez de sus recomendaciones, antes de que las mismas sean incorporadas en el trabajo.

CONTINUACIÓN DE LA SECCIÓN F

Complete la información a continuación para documentar al menos dos años de experiencia laboral en un cargo responsable. No es necesario repetir la historia laboral entera, solamente los dos años de experiencia en cargo responsable que cumplan el requisito. ISA se reserva el derecho de contactar empleadores actuales, igual que los anteriores, para verificar la información que proporciona. Repase los requisitos experienciales a www.isa.org/CAPrequirements.

Experiencia en cargo responsable 1

Empleador _____

Su puesto _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____

Estado/provincia _____ Código Postal _____ País _____

Nombre del supervisor y puesto _____

Correo electrónico _____

Tel: (____) _____ Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Descripción de responsabilidades y obligaciones laborales en cargo responsable _____

Experiencia en cargo responsable 2

Empleador _____

Su puesto _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____

Estado/provincia _____ Código Postal _____ País _____

Nombre del supervisor y puesto _____

Correo electrónico _____

Tel: (____) _____ Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Descripción de responsabilidades y obligaciones laborales en cargo responsable _____

G. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS Y LAS CRITERIAS DE CERTIFICACIÓN

Certifico que a mi leal saber y entender, la información que he provisto en esta solicitud es completa y verdadera. Autorizo a ISA a comunicarse con mis empleadores actuales y anteriores y las instituciones educativas para verificar la información provista; renuncio todos los derechos de confidencialidad o privacidad relacionados con la publicación de toda la información educativa o laboral de mi solicitud realizada a ISA para ser reconocido como profesional en automatización.

Entiendo que en caso que mi solicitud sea seleccionada para verificación independiente, tendré la responsabilidad de proporcionarle a ISA verificación de empleo y educación dentro de 60 días de notificación de la verificación independiente, utilizando los documentos encontrados en Suplemento A de la presente solicitud.

Por la presente renuncio a cualquier demanda a ISA que pueda surgir por la divulgación de la información para los fines de evaluación de esta solicitud, y libero a ISA, a mis empleadores anteriores, actuales, y a cualquier institución educativa a la que he asistido, a sus autoridades respectivas, directores, y representantes, de cualquier responsabilidad por dicha demanda. Entiendo que ISA rechazará cualquier solicitud que contenga información falsa o fraudulenta, y que, en ese caso, no recibiré ningún reembolso de ninguna de las cuotas pagadas, ni crédito por cualquier examen realizado. Si se descubre el fraude después de que la certificación se haya otorgado, ésta podrá revocarse.

El programa CAP brinda reconocimiento y documentación del conocimiento, la experiencia, y la educación del profesional en automatización. El estatus de certificación no garantiza el nivel de desempeño del

profesional en una situación en particular; ISA no garantiza ni la competencia ni el desempeño de ninguna persona certificada.

Entiendo y acepto que cualquier certificación otorgada por ISA no constituye una acreditación para practicar o proveer servicios, ya sea por pago o no, o cuando esto sea requerido por ley local, estatal, o federal. También entiendo y acepto que debo solicitar cualquier licencia requerida por el estado para ejercer en el campo de especialización solo a través de las agencias estatales correspondientes.

Entiendo que todo el material presentado relacionado con esta solicitud pasa a ser propiedad de ISA luego de la recepción, y que no me devolverán ningún material. ISA no le divulgará la información contenida en el material de solicitud a ningún tercero. Entiendo que la política y los procedimientos para solicitar una decisión del Consejo de certificación están disponibles a petición.

Entiendo que cualquier certificación de ISA está limitada a un periodo de tres años, y debe renovarse oportunamente para mantener su certificación de CAP. He leído el manual CAP, y entiendo los requisitos para la certificación para la cual presento esta solicitud. Acepto cumplir con el Código de ética de ISA. **Entiendo que no debo divulgar ni discutir con ningún tercero ninguna pregunta del examen CAP.**

Entiendo que si mi solicitud no cumple con los requisitos, no podré presentar el examen hasta que cumpla con dichos requisitos. Por la presente, solicito que, una vez certificado, ISA me incluya en las listas de publicación de los profesionales CAP.

_____ *firma del solicitante*

_____ *Fecha*

H. CUOTA

Complete las secciones pertinentes y adjunte el pago en dólares estadounidenses. La cuota para el examen CAP es \$250 para los miembros ISA y \$295 para los no miembros. **Si no se adjunta el pago, se devolverá su solicitud no aprobada.** La cuota de solicitud está sujeta a cambios. **Si la revisión de su solicitud revela que no satisface los requisitos de elegibilidad, se cobrará una cuota de procesamiento de \$50, y el residuo de la cuota estará reembolsada.**

Seleccione las casillas correspondientes y adjunte el pago en dólares estadounidenses. No se aceptan órdenes de compra.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cheque (pagadero a ISA) | <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito (seleccione una) |
| <input type="checkbox"/> Cheque (bancario certificado) | <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Discover Card |
| No. _____ | |
| Fecha de ven _____ | |
| Firma del dueño _____ | |

Los pagos a ISA del Programa CAP no son deducibles como contribuciones caritativas con fines de declaración de impuestos sobre la renta federal. Sin embargo, pueden ser deducibles como gastos comerciales necesarios y ordinarios. Consulte a su asesor de impuestos.

I. PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Envíe todo el material a una de las siguientes direcciones:

1. Pago con cheque

(a través del correo normal):

ISA
Certified Automation Professional Program
P.O. Box 3561
Durham, NC 27702 USA
Phone: (919) 549-8411

2. Pago con tarjeta de crédito

[o envío por servicio de mensajería (FedEx, DHL)]:

ISA
Certified Automation Professional Program
67 Alexander Drive
Research Triangle Park, NC 27709 USA
Phone: (919) 549-8411

Se devolverá el material enviado a cualquier otra dirección. No se aceptarán solicitudes enviadas por fax o correo electrónico.

Al completar el presente formulario, acepta que ISA necesita la información pedida para brindarle el mejor servicio posible. Ocasionalmente ponemos la información a disponibilidad de las empresas cuyos productos o servicios pueden interesarle. Consulte la Declaración de privacidad completa de ISA a www.isa.org/lawyer o solicite una copia llamando 919-549-8411.

- No deseo que divulguen mi nombre e información de contacto a las empresas que venden servicios y productos.
 No deseo que me llamen sobre las actividades de ISA.

SUPLEMENTO A: Auditoría del Programa CAP

Complete este suplemento solamente si recibe notificación de ISA que su solicitud recibirá verificación independiente. Favor de repasar los requisitos de la verificación independiente, para que esté al tanto con respecto a la documentación que deberá presentar en caso que su solicitud esté seleccionada para dicha verificación.

Todas las solicitudes CAP están sujetas a una verificación independiente. Las solicitudes serán escogidas al azar para verificación. Si se selecciona su solicitud, deberá comprobar su historia de empleo, educación, y cargo responsable, como está relacionada con su elegibilidad. Los solicitantes cuyas solicitudes estén seleccionadas deberán completar este formulario y devolverlo a ISA dentro de los 60 días de haber recibido notificación que su solicitud ha sido seleccionada para verificación. Si no cumple, su solicitud y certificación serán revocadas.

A. VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Un formulario de verificación de empleo debe ser completado por su(s) supervisor(es), actual(es) y anterior(es), para cada periodo de empleo que presentó en su solicitud CAP. Fotocopie este formulario si es necesario para documentar su experiencia laboral. **Debe incluirse las actividades laborales en las que el candidato estaba envuelto. Debe proporcionar formularios originales y firmados, ya que las firmas faxeadas, fotocopiadas, o electrónicas no cumplen.** Si su verificación es provista por un compañero de trabajo anterior, la firma debe ser autorizada ante un notario.

Si trabaja independientemente, complete el formulario de verificación de empleo para documentar su experiencia laboral profesional con sus clientes. Proporcione información de al menos tres de sus clientes durante el periodo de elegibilidad, quienes puedan verificar su trabajo en automatización.

_____ fue empleado en capacidad de
Nombre del candidato
_____ *título del candidato durante su empleo*
en _____ de _____ a _____.
Nombre de la empresa mes/año mes/año

El candidato estaba envuelto en las siguientes actividades durante el periodo de empleo mencionado.

Yo, _____, atestigo a la información provista
Nombre de supervisor/compañero de trabajo
como _____
título de supervisor/compañero de trabajo fecha
_____ *firma de supervisor/compañero de trabajo* _____ *correo electrónico* _____ *teléfono*

Envíe material de verificación a:
ISA
CAP Program Audit
PO Box 12277
Research Triangle Park, NC 27709 USA

Comuníquese con ISA a 919-549-8411 en caso de cualquier duda acerca de verificación de empleo.

C. EDUCACIÓN

Si su elegibilidad para CAP fue basada en haber recibido un título técnico que requería 4 años de estudio, presente un expediente académico oficial de la educación indicada en su solicitud de certificación. No se aceptan fotocopias.

Universidad _____ Título adquirido _____

- Expediente Oficial Académico incluido
- Expediente Oficial Académico enviado separado por la Universidad

D. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS Y LAS CRITERIAS DE CERTIFICACIÓN

Certifico que a mi leal saber y entender, la información que he provisto en esta solicitud es completa y verdadera. Autorizo a ISA a comunicarse con mis empleadores actuales y anteriores y las instituciones educativas para verificar la información provista; renuncio todos los derechos de confidencialidad o privacidad relacionados con la publicación de toda la información educativa o laboral de mi solicitud realizada a ISA para ser reconocido como profesional en automatización.

Por la presente renuncio a cualquier demanda a ISA que pueda surgir por la divulgación de la información para los fines de evaluación de esta solicitud, y libero a ISA, a mis empleadores anteriores, actuales, y a cualquier institución educativa a la que he asistido, a sus autoridades respectivas, directores, y representantes, de cualquier responsabilidad por dicha demanda. Entiendo que ISA rechazará cualquier solicitud que contenga información falsa o fraudulenta, y que, en ese caso, no recibiré ningún reembolso de ninguna de las cuotas pagadas, ni crédito por cualquier examen realizado. Si se descubre el fraude después de que la certificación se haya otorgado, ésta podrá revocarse.

Entiendo que debo completar todos los formularios referente a la verificación independiente y devolverlos a ISA dentro de 60 días de notificación de la verificación. Si no cumple, su solicitud y certificación serán revocadas.

Firma de solicitante

Fecha

Envíe material de verificación a:

ISA
CAP Program Audit
PO Box 12277
Research Triangle Park, NC 27709 USA