



Instrucciones: • Conteste todas las preguntas del formulario. • La información proporcionada será considerada con carácter confidencial.
• El llenado y entrega de esta solicitud no implica compromiso alguno por parte de WorldWide Medical Assurance, ni del solicitante.

Puesto solicitado Salario al que aspira

Información Personal

Nombre (s) Apellidos

Documento de Identidad Fecha de nacimiento No. S.S.

Lugar de Nacimiento Nacionalidad

Celular Correo electrónico

Dirección

Sexo F M Tipo de Sangre Edad Estatura Pies/Mts. Peso Lbs/Kgs

Estado Civil Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo

Licencia Sí No Categoría Vehículo Sí No

Composición Familiar

Parentesco	Nombres y Apellidos	Edad
Padre		
Madre		
Hijo(a)		
Hijo(a)		
Hijo(a)		
Esposo(a)		

¿Trabaja su esposo(a)? Sí No Empresa donde labora

Educación

Nivel	Desde	Hasta	Nombre de la Institución	Título Obtenido
Secundaria				
Universitario				
Posgrado/Maestría				
Técnico				
Otros cursos				

¿Estudia actualmente? Sí No ¿Qué estudia?

¿Dónde? Horario



Dominio de Idiomas

Idioma	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro(s) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sistemas y herramientas informáticas que maneja:

Word Excel Power Point Otros Especifique:

Experiencia de Trabajo

Favor empezar por el trabajo actual o más reciente.

1. Nombre de la empresa Teléfono Puesto

Desde (mes/año) Hasta (mes/año) Sueldo mensual

Responsabilidades del cargo

Motivo de salida Nombre superior inmediato

2. Nombre de la empresa Teléfono Puesto

Desde (mes/año) Hasta (mes/año) Sueldo mensual

Responsabilidades del cargo

Motivo de salida Nombre superior inmediato

3. Nombre de la empresa Teléfono Puesto

Desde (mes/año) Hasta (mes/año) Sueldo mensual

Responsabilidades del cargo

Motivo de salida Nombre superior inmediato

Información adicional

En caso afirmativo, por favor indicar nombre, apellido y parentesco con la(s) persona(s):

¿Tiene familiares o conocidos que laboren con nosotros? Sí No

¿Ha laborado en WorldWide Medical? Sí No ¿Cuándo? Puesto



Persona Políticamente Expuesta

Las Personas Políticamente Expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, ej.: Jefes de Estado o de gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, entre otros. La designación de PEP incluye a su cónyuge y familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta? Sí No

En caso afirmativo, por favor indique el cargo actual o anterior, y el tiempo ocupado en dicho cargo.

¿Ha sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas o delito de lavado o blanqueo de dinero? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

¿Tiene antecedentes penales? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

¿Ha sido procesado judicialmente (civil o penalmente)? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

¿Está dispuesto a viajar? Sí No

¿Pertenece o ha pertenecido a algún sindicato? Sí No ¿Cuál?

¿A cuál(es) clubes o instituciones pertenece?

De ser seleccionado, ¿en cuánto tiempo podría ingresar a trabajar?

¿Cómo se enteró de esta vacante?

Referencias Personales (Que no sean familiares de empleados de WorldWide Medical Assurance)

Nombres y Apellidos	Teléfono	Profesión u Ocupación	Tiempo que le conoce
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contacto en caso de emergencia

Nombres y Apellidos	Teléfono	Parentesco	Dirección
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Yo _____ autorizo la investigación de todos los datos incluidos en esta solicitud, entiendo que la omisión o tergiversación de estos podrían ocasionar la terminación unilateral y justificada del contrato de trabajo, para cuya celebración se haya tomado como base la información de la presente solicitud. Declaro bajo fe de juramento que los datos suministrados anteriormente y contenidos en este formulario son verdaderos, correctos y actualizados.

Firma del solicitante _____

Fecha / /

