

**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="text"/>	<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

¿Tiene familiares o conocidos que laboren con nosotros? Sí  No   En caso afirmativo, por favor indicar nombre, apellido y parentesco con la(s) persona(s):

¿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 (cívil 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?

Nombres y Apellidos	Teléfono	Profesión u Ocupación	Tiempo que le conoce

Nombres y Apellidos	Teléfono	Parentesco	Dirección

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 / /