

Solicitud de empleo

Fotografía reciente del solicitante (Indispensable)



Instrucciones: Descargue el formulario de solicitud de empleo, imprímalo, llene todas las casillas con los datos requeridos y envíe escaneado el formulario lleno y firmado al correo electrónico empleos@grupomedikal.com

Lugar:		Fecha:	
Plaza que solicita:		¿Dónde se enteró de la oferta de trabajo?	
¿Por qué le gustaría formar parte de nuestro equipo de trabajo?			
Disponibilidad:	Inmediata <input type="checkbox"/>	15 días <input type="checkbox"/>	30 días <input type="checkbox"/>
¿Ha trabajado en alguna de nuestras empresas?		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fecha
Departamento	Jefe Inmediato	Motivo del retiro	
¿En nuestra empresa trabaja algún pariente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Quién?		¿Dónde trabaja actualmente?	
DATOS PERSONALES			
Nombre Completo			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Edad	
Nacionalidad	Estado Civil	Religion	Profesion u oficio
Direccion de domicilio			
Departamento	Municipio	Colonia	Zona
Telefono de domicilio	Celular	Correo electronico	
En caso de emergencia avisar a		Telefono emergencia	Parentesco
Banco en donde tiene su cuenta		Tipo de cuenta Monetaria <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Credito Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION			
Cedula de vecindad	Extendida en	Orden	Registro
DPI	Extendida en	No.	
Licencia de conducir	Clase	No.	Antigüedad
No. NIT	No. Afiliacion IGSS	No. Afiliacion IRTRA	
Adjuntar Antecedentes penales, Policiacos y tarjeta de salud y de pulmones			
DATOS FAMILIARES			
Nombre Completo de conyugue			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Edad	
Nacionalidad	Estado Civil	Empresa donde labora	
Nombre de sus hijos		Edad	Ocupacion / Grado
Su casa es		Propia <input type="checkbox"/>	Alquilada <input type="checkbox"/>
		De la familia <input type="checkbox"/>	Casa de huéspedes <input type="checkbox"/>
		¿Cuántos viven con usted?	
Vehiculo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marca
		Linea	Modelo
¿Practica alguna actividad deportiva o social?			

Boulevard Vista Hermosa 18-83 E zona 15 Vista Hermosa I
PBX: 24127000

DATOS ACADEMICOS

Post grados			
Nombre del Establecimiento	Titulo obtenido	Grado obtenido	Año egresado
Licenciaturas			
Nombre del Establecimiento	Titulo obtenido	Grado obtenido	Año egresado
Diversificado			
Nombre del Establecimiento	Titulo obtenido	Grado obtenido	Año egresado
Nivel Medio			
Nombre del Establecimiento	Titulo obtenido	Grado obtenido	Año egresado
Maximo grado obtenido	Colegio profesional	Colegiado activo	
Años de experiencia	Idiomas Ingles ¿habla? <input type="checkbox"/> ¿escribe? <input type="checkbox"/>	Otro Idioma ¿Cuál?	
¿Qué equipo de oficina sabe utilizar?			
Planta telefonica <input type="checkbox"/>	Computadoras <input type="checkbox"/>	Fotocopiadora <input type="checkbox"/>	Fax <input type="checkbox"/> Impresoras <input type="checkbox"/>
¿Que tecnologia sabe utilizar?			
Sistema operativo <input type="checkbox"/>	Redes sociales <input type="checkbox"/>	Celulares <input type="checkbox"/>	Otros _____

ANTECEDENTES LABORALES

DETALLE DE LOS ULTIMOS 3 EMPLEOS

Ultimo empleo o empleo actual		
Cargo que desempeña	Motivo por el cual desea retirarse	Tiempo de laborar
Salario base devengado	Salario variable devengado	otras prestaciones devengadas
Datos del ultimo Jefe		
Nombre	Correo electronico	telefono
Empresa	Contacto	
Telefono	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Puesto desempeñado	Sueldo devengado	Motivo del retiro
Empresa	Contacto	
Telefono	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Puesto desempeñado	Sueldo devengado	Motivo del retiro
Empresa	Contacto	
Telefono	Fecha de ingreso	Fecha de egreso
Puesto desempeñado	Sueldo devengado	Motivo del retiro

REFERENCIAS LABORALES

Nombre	Empresa	Telefono	Celular
Correo electronico			No. De años que lo conoce
Nombre	Empresa	Telefono	Celular
Correo electronico			No. De años que lo conoce
Nombre	Empresa	Telefono	Celular
Correo electronico			No. De años que lo conoce

REFERENCIAS PERSONALES (no antiguos patronos, compañeros de trabajo y parientes)

Nombre		Correo electronico	
Telefono	Celular	No. De años que lo conoce	Relacion
Nombre		Correo electronico	
Telefono	Celular	No. De años que lo conoce	Relacion
Nombre		Correo electronico	
Telefono	Celular	No. De años que lo conoce	Relacion
Actualmente tienen algun tratamiento por alguna enfermedad? Si Explique			
¿Ha estado hospitalizado? Si explique			
¿Ha estado detenido o sujeto a procesos penales? Si Explique			
¿Ha pertenecido a algun sindicato? Si Cual			
¿Esta embarazada? Si Cuantos meses			

Declaro que la informacion contenida en la presente solicitud esta ajustada a la verdad, por lo que autorizo a la empresa GRUPO MEDIKAL S.A., para que realice las investigaciones que crea convenientes, para cerciorarse de su exactitud y si esta no fuera veridica, cualquier contrato o convenio celebrado con la empresa sera nulo sin responsabilidad de ninguna naturaleza para la misma.

Nombre		
Cedula	Lugar	Fecha

Firma del solicitante

La empresa Grupo Medikal se reserva el derecho de propiedad de la presente solicitud y fotografia adjunta y en ningun caso se devolvera al interesado.

**Boulevard Vista Hermosa 18-83 E zona 15
PBX: 24127000**

Vista Hermosa I

Propiedad de Grupo Medikal S.A.

