

ALTA R.H.



Fecha Entrevista	Fecha de Ingreso		Puesto	CECO
Sucursal	División	Servicio	Horario	Descanso
Sueldo Base	Bono	Jefe Inmediato	Puesto Jefe Inmediato	

Fotografía reciente insertar

Datos personales

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)		Edad	
Dirección		Colonia		Código Postal		Teléfono Casa	
Entre qué y qué calles		Lugar de Nacimiento		Fecha de nacimiento		Nacionalidad	
Vive con: <input type="checkbox"/> Sus padres <input type="checkbox"/> Su familia <input type="checkbox"/> Parientes <input type="checkbox"/> Solo		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado		Estatura		Peso	
Personas que dependen de usted <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padres		E-mail (Correo Electronico)		No de Afore			
Religión	Tipo de sangre	Alergias	Unidad Medicina Familiar No.	Número de credito infonavit			

Documentación

Clave Unica del Registro de Población (CURP)				Tarjeta de nómina y número de cuenta			
Reg. Fed. De Contribuyentes No.		Número de Seguridad Social		Cartilla Servicio Militar		Pasaporte No.	
Licencia de manejo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Clase y No. De Licencia		Si es extranjero que documento le permite trabajar en el país			

Estado de salud y Hábitos Personales

Actualmente ¿Cómo considera su estado de salud? <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo		¿Padece alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál?		Alguna cirugía		Tatuajes y/o piercing <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Lugar?	
Actividad cultural o deporte		Cicatrices		¿Consume algún tipo de droga? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál?		¿Ha tenido algún problema legal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Calidad de vida <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo		Imagen pública <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo		Comportamiento Social <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo		¿De qué?	

Dependientes Económicos

NOMBRES	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

Escolaridad

NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHAS			TITULO RECIBIDO
		DE	A	AÑOS	
Primaria					
Secundaria o pre vocacional					
Preparatoria o vocacional					
Profesional					
Comercial u otras					
Estudios que efectua en la actualidad Escuela		Horario		Curso o carrera	Grado

Conocimientos Generales

Qué idiomas domina	Qué funciones de oficina domina
Maquinas de oficina o taller que sepa manejar	Software que domina
Otras funciones que sean dominadas y que se considere un experto	Otros funciones que sean dominadas y sean de su interes

RESULTADOS PSICOMETRICOS	EXAMEN	RESULTADO	COMPETENCIA	PORCENTAJE	COMPETENCIA	PORCENTAJE
	CLEAVER		COMUNICACIÓN		INTELIGENCIA EMOCIONAL	
	GORDON		LIDERAZGO		PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN	
	MOSS		TOLERANCIA A LA PRESIÓN		DELEGACIÓN	
	BETA		TRABAJO EN EQUIPO		SEGUIMIENTO Y CONTROL	
	TERMAN		DES. DE COLABORADORES		JUICIO	
	MMPI		ENFOQUE A RESULTADOS		ANÁLISIS DE PROBLEMAS	
	TOTAL		ACTITUD DE SERVICIO		TOMA DE DECISIONES	

Empleo Actual y Anteriores

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ULTIMO	FINAL	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
Tiempo que prestó sus servicios					
Nombre de la compañía					
Dirección					
Teléfono					
Puesto desempeñado					
Sueldos: Inicial	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Final	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Motivo de separación					
Nombre de jefe directo					
Puesto de su jefe					
Podríamos solicitar informes de usted	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Por qué?				

Referencias

TIPO DE REFERENCIA	NOMBRES	DIRECCION	TÉLEFONO	OCUPACIÓN	PARENTESCO

Datos Generales

¿Cómo se enteró de este empleo?
 Anuncio Otro medio
 (anótelos)

¿Qué puede aportar usted a esta empresa?

¿Ha sido afianzado?
 No Si ¿nombre de la cía?

¿Ha estado afiliado a algún sindicato?
 No Si ¿Cuál?

¿Tiene Seguro de Vida?
 No Si Suma Asegurada

¿Podría viajar?
 No Si (razones)

¿Estaría dispuesto a cambiar su lugar de residencia?
 No Si (razones)

¿En qué fecha podría presentarse a laborar?

¿Por qué debemos de contratarlo?

Datos Económicos

¿Tiene usted otros ingresos? Importe Mensual
 No Si

¿Su cónyuge trabaja? Percepción mensual
 No Si \$ -

¿Su domicilio es? Valor estimado
 Propio Familiar Rentado Prestado Hipotecado \$ -

Inversiones y Monto aproximado

¿Posee automóvil propio? Marca Modelo
 No Si

¿Tiene deudas? Importe
 No Si \$ -

¿Con quién?
 ¿Cuánto abona mensualmente?
 \$ -

¿A cuánto ascienden sus gastos mensuales?
 \$ -

¿Cuáles son sus pretensiones salariales?

En caso de emergencia llamar a: Teléfono: Dirección

Talla Pantalón Camisa Calzado Nombre del beneficiario Fecha de nacimiento Parentesco Porcentaje

Tiene familiares trabajando dentro de la empresa Puesto que ocupa Usted ha trabajado anteriormente en Shield Fecha de Baja
 No Si ¿Quién? No Si

Puesto que ocupó dentro de la empresa Motivo por el cual se dio de baja

Observaciones del Entrevistador

Hago constar que mis respuestas son verdaderas La información aquí proporcionada será tratada de manera confidencial, en fundamento con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.