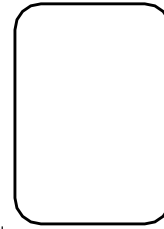




HOJA DE VIDA
SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL
Diligenciar todos los campos en los espacios establecidos.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: _____ CIUDAD: _____

DATOS PERSONALES

Nº Cédula: _____ Expedida en: _____ Sexo F M Estado civil: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

Grupo sanguíneo: _____ RH: _____ Fecha de nacimiento: _____ Ciudad: _____

Dirección Residencia: _____ Barrio: _____ Estrato: _____

Libreta Militar No: _____ Distrito: _____ Clase: 1a 2a

Teléfono de residencia: _____ Teléfono en caso de emergencia: _____

Correo Electrónico: _____ Nº Celular: _____

AFILIACIONES

Salud (E.P.S): _____ Fecha de afiliación: _____

Último mes y año de cotización: _____

Pensión: _____ Fecha de afiliación: _____

Último mes y año de cotización: _____

Cesantías: _____ Fecha de afiliación: _____

Último mes y año de cotización: _____

EDUCACIÓN FORMAL

Tipo de estudio	Institución	Ciudad	Año culminación	Semestres	Título Obtenido	Actualmente
Básica Primaria:						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Básica Secundaria						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Técnico:						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tecnológico:						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pregrado (Universitario)						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Especialización						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Posgrado						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diplomado						Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

FECHA		Descripción	Duración	Institución	Ciudad
Mes	Año				

Estudia actualmente: Sí NO Horario de estudio: _____

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR ELECTRONICA GABRIEL SAS

Cargo: _____
Tipo de contrato: _____ Fecha de Ingreso: _____ Salario: _____
Entrevistado por: _____ Vo. Bo Gestión Humana: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Estado civil: _____ Nº de hijos: _____ Nº de personas a cargo: _____

Nombre de cónyuge: _____ Nº Cédula: _____ Expedida: _____

Ocupación: _____ Empresa en que labora: _____ Fecha de ingreso: _____

Salud (E.P.S) _____ Fecha de afiliación: _____

Teléfono de la oficina: _____ Celular: _____ Email: _____

¿Tiene usted familiares o conocidos que actualmente trabajen con nosotros?: Sí NO

Indique cargo y nombre: _____

REFERENCIA FAMILIAR

Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

GRUPO FAMILIAR

Parentesco	Nombre	Fecha de nacimiento	Ocupación	Empresa	Dependencia económica
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

HISTORIA LABORAL

Empresa: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de retiro: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Tiempo laborado: _____

Cargo: desempeñado: _____ Motivo de retiro: _____

Responsabilidad principal: _____

Jefe inmediato: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Logros más importantes: _____

Empresa: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de retiro: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Tiempo laborado: _____

Cargo: desempeñado: _____ Motivo de retiro: _____

Responsabilidad principal: _____

Jefe inmediato: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Logros más importantes: _____

Empresa: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de retiro: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Tiempo laborado: _____

Cargo: desempeñado: _____ Motivo de retiro: _____

Responsabilidad principal: _____

Jefe inmediato: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Logros más importantes: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:
 En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, el presente tiene como objeto obtener la autorización expresa e informada del Titular para el tratamiento y la transferencia de sus datos a terceras entidades.
 ELECTRONICA GABRIEL S.A.S., identificada con el NIT No. 900207.366-7, será el responsable del tratamiento de sus datos personales, con objeto de recibir una atención integral como prospecto de empleado, los datos personales recabados serán tratados con las siguientes finalidades: Gestión de personal, gestión de trabajo temporal, promoción y selección de personal, promoción y gestión de empleo.
 Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.
 El Titular de los datos podrá realizar su reclamo a ELECTRONICA GABRIEL S.A.S por los siguientes canales: correo electrónico contacto@electronicagabriel.com, indicando en el asunto la solicitud, en nuestro punto de venta en Cartagena, San Pedro manzana 6 lote 12 local 1.
 Certifico que la información consignada en este documento es verdadera y autorizo ELECTRONICA GABRIEL S.A.S a verificarla en su integridad.

Como constancia firmo: _____

C.C: