El departamento de Capital Humano de la empresa SEPIVER S.A. de C.V. requiere de su apoyo para brindarnos la siguiente información, ya que debido a los nuevos procedimientos de la empresa se requiere tener conocimiento de los datos que se piden en este cuestionario. Favor de llenar toda la información y en el caso de los recuadros poner una “X” en la opción que elija. Agradecemos su compresión y cooperación. Toda la información aquí proporcionada será tratada confidencialmente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| Fecha de llenado: | | Puesto que Solicita: {puesto} | | | | | | | Sueldo Mensual Deseado:  {sueldoDeseado} | | |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | | | | | | | | | Edad | | Sexo |
| {apellidoPaterno} {apellidoMaterno} {nombre} | | | | | | | | | años | | F M |
| Calle Núm. Ext. Núm. Int. Colonia Código Postal | | | | | | | | | | | |
| {calle} {nExterior} {nInterior} {fraccColonia} {codigoPostal} | | | | | | | | | | | |
| Entre Calle y Calle Municipio Estado | | | | | | | | | | | |
| {entreCalle} {yCalle} {municipioNacimiento} {estadoNacimiento} | | | | | | | | | | | |
|  | | | Cel: | | | | | | Mail: | | |
| Nacionalidad: {nacionalidad} | Fecha de Nacimiento:  {fechaNacimiento} | | Lugar de Nacimiento:  {lugarNacimiento} | | | | Mpio. De Nacimiento:  {municipioNacimiento} | | Estado:  {estadoNacimiento} | | |
| Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Unión Libre Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Vive con:  Padres Familia Parientes Amigos Solo | | | | | | Personas que dependen de usted:  Padres Cónyuge Hijos Otros | | | | | |
| **DOCUMENTACIÓN** | | | | | | | | | | | |
| Cuenta con:  Cartilla Militar Pre cartilla N/A | | | No. De Cartilla  {nCartilla} | | | | | | Pasaporte No.  {nPasaporte} | | |
| CURP  {CURP} | | | RFC  {RFC} | | | | | | AFORE  {afore} | | |
| Número de Seguridad Social  {NSS} | | | Licencia de Manejo  Si No | | | Tipo y vigencia | | | Siendo del extranjero que documentos le permiten trabajar en el país | | |
| Clave de elector:  {claveElector} | | | Folio posterior o IDMEX de la identificación oficial. | | | | | |
| **DATOS FAMILIARES** | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | Vive | Finado | Domicilio | | | Ocupación | | Empresa en la que labora y puesto | |
| Padre: | | |  |  |  | | |  | |  | |
| Madre: | | |  |  |  | | |  | |  | |
| Esposa (o) / cónyuge: | | |  |  |  | | |  | |  | |
| Nombre y Edades de los hijos: | | | | | | | | | | | |
| **CONTACTO DE EMERGENCIA** | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | Número de Teléfono | | | | | | Parentesco | | |
| {contactoEmergencia} | | | {numeroCE} | | | | | | {parentescoCE} | | |
| **BENEFICIARIO** | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | Número de Teléfono | | | | | | Parentesco | | |
| {beneficiario} | | | {numeroBE} | | | | | | {parentescoBE} | | |

| **ESCOLARIDAD** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Dirección | | De | A | Años | Título Recibido |
| Primaria |  | |  |  |  |  |
| Secundaria o Pre vocacional |  | |  |  |  |  |
| Preparatorio o Vocacional |  | |  |  |  |  |
| Profesional |  | |  |  |  |  |
| Maestría |  | |  |  |  |  |
| Comercial u Otras |  | |  |  |  |  |
| Estudios que está efectuando en la actualidad  Escuela: Horario Curso o Carrera | | | | | | |
| Profesional  No. Cedula: Promedio: | | Maestría  No. Cedula: Promedio: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS MÉDICOS Y ESTADO DE SALUD** | | | | | | |
| ¿Cómo considera su estado de salud actual?  Bueno  Regular  Malo | | | | ¿Padece alguna enfermedad crónica?  No Si (¿Cuál?) | | |
| Complexión  Delgada  Regular  Robusta  Atlética  Obesa | | | | Color de piel:  Albino  Blanco  Amarillo  Moreno Claro  Moreno  Moreno Oscuro  Negro  Otro | | |
| Tipo de Sangre:  {tipoSangre} | | Alergias:  {alergia} | | Estatura:  {estatura} | | Peso:  {peso} |
| Servicio médico con el que cuenta:  IMSS  ISSSTE  Centro de Salud  Dispensario  Médico Privado  Seguro de Gastos Médicos Mayores  Otro: | | | | | | |
| Enfermedades Frecuentes en la Familia: | | | | | | |
| Enfermedad | Marque con una “X” | | ¿Cuáles? | | ¿Quién las padece? | |
| Respiratorias | NO SI | |  | |  | |
| Gastrointestinales | NO SI | |  | |  | |
| Dermatológicas | NO SI | |  | |  | |
| Neurológicas | NO SI | |  | |  | |
| Cáncer | NO SI | |  | |  | |
| Hipertensión | NO SI | |  | |  | |
| Obesidad | NO SI | |  | |  | |
| Diabetes melitus | NO SI | |  | |  | |
| Otra enfermedad | NO SI | |  | |  | |
| Fumas: {fuma} | Tomas alcohol: {toma} | | | | Consume Drogas: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONOCIMIENTOS GENERALES** | |
| ¿Qué idiomas habla? Nivel (50%, 75%, 100%) | Funciones de oficina que domina |
| Máquina de oficina o taller que sepa manejar | Software que conoce |
| Otros trabajos o funciones que domina | |

| **EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Concepto | Actual o último | Anterior | | Anterior | Anterior | |
| Tiempo que prestó sus servicios | De a | De a | | De a | De a | |
| Nombre de la compañía |  |  | |  |  | |
| Dirección |  |  | |  |  | |
| Teléfono |  |  | |  |  | |
| Puesto desempeñado |  |  | |  |  | |
| Sueldo mensual |  |  | |  |  | |
| Motivo de separación |  |  | |  |  | |
| Nombre de su jefe directo |  |  | |  |  | |
| Puesto de su jefe directo |  |  | |  |  | |
| Podemos solicitar informe de usted  Si  No (¿Por qué?) | Comentarios de sus jefes |  | |  |  | |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | |
| ¿Cuál es su meta en la vida? | | | | | | |
| ¿Qué Puesto Aspira Dentro De La Empresa?  1) Seguridad Operativo  2) Administrativo/Corporativo  Si Respondió La Opción 1 Ir A Las Preguntas Indicadas Con 1 De Esta Sección, En Caso Contrario Ir A Las 2 | | | | | | |
| 1) Experiencia Como Guardia De Seguridad:  1er Empleo  1er Empleo En Seguridad  Tiene Experiencia En Seguridad | | | | | | Años |
| 2) ¿A qué puesto te postulas? | | | ¿Cómo supo de este empleo?  Anuncio  Otro medio (anótelo) | | | |
| ¿Tiene parientes o conocidos trabajando en este Empresa?  No  Si (nómbrelos) | | | Nombre y puesto dentro de la empresa | | | |
| ¿Ha estado afianzado?  No  Si (nombre de la compañía) | | | ¿Ha estado afiliado a algún sindicato?  No  Si (¿a cuál?) | | | |
| ¿Tiene seguro de vida?  No  Si (nombre de la compañía) | | | ¿Puede viajar?  Si  No (Razones) | | | |
| ¿Está dispuesto a cambiar de lugar de residencia?  Si  No (Razones) | | | ¿Fecha en la que podría presentarse a trabajar? | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE VIVIENDA Y ECONÓMICOS** | | | | | | | | | |
| Tiene crédito infonavit:  Si  No | | | Numero de crédito:  {numCreditoInfonavit} | | | | Retención mensual  $ | | |
| ¿Dentro de su casa existe algún otro ingreso económico además del suyo?  Si  No | | | | | Cantidad aproximada:  $ | | | | |
| Su domicilio es:  propio  rentado  hipotecado  prestado  familiar | | | | | ¿Cuánto paga al mes?  $ | | | | |
| Proporcione la descripción de su casa: (ej. Casa habitación de una planta con un valor aproximado de $300,000): | | | | | | | | | |
| Cuenta con vehículo propio:  No  Si Marca | | | | | Valor aproximado: $ Modelo | | | | |
| ¿Tiene alguna deuda?  No  Si (¿con quién?) | | | | | Importe:  $ | | | ¿Cuánto abona mensualmente?  $ | |
| ¿Tiene alguna inversión?  Si  No | | | | | ¿En qué y cuál es el monto? | | | | |
| ¿A cuánto ascienden sus gastos mensuales? $ | | | | | | | | | |
| Tipo de vivienda: Departamento Casa Sola Vecindad Albergue Accesoria | | | | | | | | | |
| La vivienda cuenta con:  Sala  Si  No Baño Privado  Si  No Comedor  Si  No Baño Colectivo  Si  No  Cocina  Si  No No. De Cuartos En La Casa: \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Materiales Predominantes En: | | | | | | | | | |
| Paredes | Tabique | | | Madera | | Cartón | | | Otros: |
| Techos | Concreto | | | Lamina De Asbesto | | Cartón | | | Lámina Metálica |
| Pisos | Loseta | | | Mosaico | | Cemento | | | Tierra Apisonada |
| Mobiliario De La Vivienda: | | | | | | | | | |
| Electrodoméstico  Si  No | | Televisión  Si  No | | | Dvd  Si  No | | | Computadora  Si  No | |
| Estufa  Si  No | | Horno De Microondas  Si  No | | | Lavadora  Si  No | | | Refrigerador  Si  No | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GASTOS MENSUALES DE LA FAMILIA:** | | |
| **Concepto** | **Marque con una “X”** | **Gasto Mensual (monto)** |
| Alimentación | NO SI |  |
| Gas o Combustible | NO SI |  |
| Renta | NO SI |  |
| Agua | NO SI |  |
| Predial | NO SI |  |
| Luz | NO SI |  |
| Teléfono | NO SI |  |
| Transporte | NO SI |  |
| Educación | NO SI |  |
| Gastos Médicos | NO SI |  |
| Recreación | NO SI |  |
| Ropa Y Calzado | NO SI |  |
| Prestamos | NO SI |  |
| Crédito Para La Construcción | NO SI |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOCIEDAD** | |
| Explique brevemente ¿cómo está organizada su familia dentro del hogar y que funciones desempeña cada quién? | |
| Como considera la comunicación en su familia: | |
| Cuál es el rol dentro de su familia: | |
| ¿Quién es el que tiene mayor autoridad dentro del hogar? | |
| ¿Quién establece los límites dentro del hogar? | |
| ¿Cómo considera su vida? | |
| ¿Cómo considera su imagen pública? | |
| ¿Cómo es su comportamiento ante la sociedad? | |
| **DESARROLLO LABORAL** | |
| ¿Por qué eligió este empleo? | |
| ¿En qué área le gustaría estar? operativa  administrativa/corporativa | |
| ¿En qué tiempo le gustaría un ascenso? | |
| ¿Has obtenido un reconocimiento en tus otros trabajos? SI NO | ¿Por qué cree que no ha obtenido un reconocimiento? |
| ¿Has obtenido un ascenso laboral en tus anteriores trabajos? SI NO | ¿Por qué cree que no obtenido un ascenso? |
| ¿Qué capacitación le gustaría recibir por parte de la empresa? | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAPACITACIÓN** | | |
| Recibió algún tipo de capacitación en sus trabajos anteriores:  NO SI | ¿Cuántos cursos has tomado? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Institución o empresa: | | |
| Tipo de curso: | | |
| Fecha en que fue recibido el curso: | | |

|  |
| --- |
| **DEPENDIENTES**  **(Aunque no dependan de usted, y tiene hijos, favor de mencionar de menor a mayor de edad)** |
| ¿QUIÉNES DEPENDEN DE USTED? |

|  |  |
| --- | --- |
|  | F M |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | Sexo |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | años |  |
| Fecha de Nacimiento | Edad | Parentesco |
| Ocupación |  | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | F M |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | Sexo |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | años |  |
| Fecha de Nacimiento | Edad | Parentesco |
| Ocupación |  | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | F M |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | Sexo |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | años |  |
| Fecha de Nacimiento | Edad | Parentesco |
| Ocupación |  | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | F M |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | Sexo |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | años |  |
| Fecha de Nacimiento | Edad | Parentesco |
| Ocupación |  | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | F M |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | Sexo |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | años |  |
| Fecha de Nacimiento | Edad | Parentesco |
| Ocupación |  | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REFERENCIAS** | | | | | |
| FAMILIAR CERCANO (MAMÁ, PAPÁ, ESPOSO, CÓNYUGUE) | | | | | |
| APELLIDO PATERNO: |  | APELLIDO MATERNO: |  | | |
| NOMBRE (S): |  | | SEXO: | MASCULINO  FEMENINO | |
| OCUPACIÓN: |  | EMPRESA EN LA QUE LABORA: | |  | |
| PARENTESCO: |  | | | | |
| CALLE Y NÚMERO: |  | | | | |
| COLONIA: |  | | C.P.: | |  |
| TELÉFONO: |  | ENTIDAD FEDERATIVA: |  | | |
| MUNICIPIO: |  | POBLACIÓN: |  | | |
| PARIENTE CERCANO (TÍOS, ABUELOS, SOBRINOS, SUEGRA, PRIMO, COMPADRE) | | | | | |
| APELLIDO PATERNO: |  | APELLIDO MATERNO: |  | | |
| NOMBRE (S): |  | | SEXO: | MASCULINO  FEMENINO | |
| OCUPACIÓN: |  | EMPRESA EN LA QUE LABORA: | |  | |
| PARENTESCO: |  | | | | |
| CALLE Y NÚMERO: |  | | | | |
| COLONIA: |  | | C.P.: | |  |
| TELÉFONO: |  | ENTIDAD FEDERATIVA: |  | | |
| MUNICIPIO: |  | POBLACIÓN: |  | | |
| AMISTAD (SOLO VECINO, CONOCIDO, AMISTAD Y AMOROSA) | | | | | |
| APELLIDO PATERNO: |  | APELLIDO MATERNO: |  | | |
| NOMBRE (S): |  | | SEXO: | MASCULINO  FEMENINO | |
| OCUPACIÓN: |  | EMPRESA EN LA QUE LABORA: | |  | |
| PARENTESCO: |  | | | | |
| CALLE Y NÚMERO: |  | | | | |
| COLONIA: |  | | C.P.: | |  |
| TELÉFONO: |  | ENTIDAD FEDERATIVA: |  | | |
| MUNICIPIO: |  | POBLACIÓN: |  | | |
| LABORAL (COMPAÑERO DE TRABAJO) | | | | | |
| APELLIDO PATERNO: |  | APELLIDO MATERNO: |  | | |
| NOMBRE (S): |  | | SEXO: | MASCULINO  FEMENINO | |
| OCUPACIÓN: |  | EMPRESA EN LA QUE LABORA: | |  | |
| PARENTESCO: |  | | | | |
| CALLE Y NÚMERO: |  | | | | |
| COLONIA: |  | | C.P.: | |  |
| TELÉFONO: |  | ENTIDAD FEDERATIVA: |  | | |
| MUNICIPIO: |  | POBLACIÓN: |  | | |

En este formato nos harás referencias de algunas locaciones que estén cerca de tu hogar y que faciliten la localización de la dirección exacta de acuerdo con lo siguiente:

1. Considera un cuadro en blanco, este sería una cuadra donde se encuentra tu casa.
2. En los espacios alrededor de las cuadras agregar los nombres de las calles que rodean tu casa.
3. Puedes agregar árboles, tiendas, o cualquier referencia que indique donde se encuentra tu casa.

**\*Colocar la actual dirección e indicar si hay alguna tienda, farmacia, iglesia, baldío, etc., para una mejor ubicación.**



Sitúa aquí tu casa



Nombre de la calle derecha



Nombre de la calle izquierda



Nombre de la calle de atrás de tu casa

Nombre de la calle de tu casa



**Me comprometo a que todos los datos proporcionados en este documento son verdaderos.**

**{nombre} {apellidoPaterno} {apellidoMaterno}**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre, firma y Fecha**