

# HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

|           |                                          |              |
|-----------|------------------------------------------|--------------|
| Fecha     | Empleo o cargo en el que está interesado | Código cargo |
| D   M   A |                                          |              |

## I. INFORMACIÓN GENERAL

(\*) Respuesta opcional

|                               |                         |                             |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Apellido(s) del aspirante     | Nombre(s) del aspirante |                             |
| Dirección domicilio / Barrio  | Ciudad                  |                             |
| Teléfono                      | No. Celular             |                             |
| Correo electrónico            | Nacionalidad            |                             |
| Profesión, ocupación u oficio | (*) Estado civil        | Años de experiencia laboral |



FOTOGRAFÍA RECIENTE  
Tamaño 3 x 4 cm.  
Clic aquí para cargar

## DOCUMENTACIÓN

(\*\*) Respuesta opcional

|                                                    |                                                                             |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> N°  | (**) Libreta militar N°                                                     | Primera clase: <input type="checkbox"/> |
| Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: | Distrito N°                                                                 | Segunda clase: <input type="checkbox"/> |
| Tarjeta profesional N°                             | ¿Tiene vehículo?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Licencia de conducción N°<br>Categoría  |

## II. INFORMACIÓN PERSONAL

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Está trabajando actualmente?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                             | ¿En qué empresa?<br>Empleado <input type="checkbox"/><br>Independiente <input type="checkbox"/>    | Tipo de contrato                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Trabajó antes en esta empresa?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                           | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Fecha<br>D   M   A                                                                                                                                                                                               |
| ¿Lo recomienda alguien de esta empresa?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                   | Nombre                                                                                             | Dependencia                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                            | Nombre<br>Dependencia                                                                              | ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?<br>Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/><br>Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? |
| ¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?                                                                                                                                      | ¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?                                                 | ¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                           |
| Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>                                                                             | Nombre del arrendador                                                                              | Teléfono                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                               | Describalo e indique su valor mensual                                                              | ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?                                                                                                                                                                        |
| ¿Por qué conceptos?                                                                                                                                                                                  | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?<br>\$                                         | ¿Cuánto es su aspiración salarial?<br>\$                                                                                                                                                                         |
| ¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)?                                                                                                                                                   | ¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                   | ¿Cuál(es)?                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.?<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?                                                  |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                  |

**OBJETIVO** Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

### III. INFORMACIÓN FAMILIAR

|                                 |  |                                                            |  |                               |  |
|---------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre esposa(o) o compañera(o) |  | Profesión, ocupación u oficio                              |  | Empresa donde trabaja         |  |
| Cargo actual                    |  | Dirección                                                  |  | Teléfono                      |  |
| Ciudad                          |  | N° de personas que dependen económicamente del solicitante |  | Parentesco                    |  |
| Edades                          |  | Nombre(s) padre(s)                                         |  | Profesión, ocupación u oficio |  |
| Teléfono(s)                     |  | Nombre(s) hermano(s)                                       |  | Profesión, ocupación u oficio |  |
| Teléfono(s)                     |  |                                                            |  |                               |  |

### IV. EDUCACION Y APTITUDES

| ESTUDIOS                                                                              | AÑO DE FINALIZACIÓN               | AÑOS CURSADOS       | TÍTULO OBTENIDO                      | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN               | CIUDAD                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| Primaria                                                                              |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Bachillerato                                                                          |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Clásico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>                     |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>                      |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Educación Superior                                                                    |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Técnico <input type="checkbox"/>                                                      |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Tecnológico <input type="checkbox"/>                                                  |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Profesional <input type="checkbox"/>                                                  |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Postgrados                                                                            |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Otros: cursos, diplomados, seminarios                                                 | Intensidad horaria                | Nombre del programa |                                      | Institución                            |                          |
| ¿Cursa estudios actualmente?                                                          | ¿Qué tipo de estudios?            |                     | Duración (años, semestres, meses)    |                                        | Año / semestre que cursa |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                               |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Nombre de la institución                                                              | Horario                           |                     | Diurno <input type="checkbox"/>      | Fin de semana <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                                       | Nocturno <input type="checkbox"/> |                     | A distancia <input type="checkbox"/> |                                        |                          |
| OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien |                                   |                     |                                      |                                        |                          |
| Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                      | 1.                                | R B MB              | 3.                                   | R B MB                                 |                          |
| ¿Programa(s) que maneja?                                                              | 2.                                | R B MB              | 4.                                   | R B MB                                 |                          |
| Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Lectura                           |                     | Escritura                            |                                        | Hablado                  |
| ¿Qué idioma(s) conoce?                                                                | 1.                                | R B MB              | R B MB                               | R B MB                                 | R B MB                   |
|                                                                                       | 2.                                | R B MB              | R B MB                               | R B MB                                 | R B MB                   |

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

### V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

| EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*) |                          |                             |                          | AREA DE LA EMPRESA      |                          |                     |                          |
|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| AGRICULTURA                             | <input type="checkbox"/> | Metalurgia                  | <input type="checkbox"/> | FINANCIERO              | <input type="checkbox"/> | Administración      | <input type="checkbox"/> |
| GANADERIA / AVICULTURA                  | <input type="checkbox"/> | Maquinaria                  | <input type="checkbox"/> | INMOBILIARIO            | <input type="checkbox"/> | Auditoría           | <input type="checkbox"/> |
| MINERIA                                 | <input type="checkbox"/> | Automotores                 | <input type="checkbox"/> | INFORMATICO             | <input type="checkbox"/> | Bodega              | <input type="checkbox"/> |
| HIDROCARBUROS                           | <input type="checkbox"/> | Muebles                     | <input type="checkbox"/> | SALUD                   | <input type="checkbox"/> | Compras             | <input type="checkbox"/> |
| INDUSTRIA                               | <input type="checkbox"/> | Reciclaje                   | <input type="checkbox"/> | EDUCACION               | <input type="checkbox"/> | Contabilidad        | <input type="checkbox"/> |
| Alimentos y Bebidas                     | <input type="checkbox"/> | OTROS (¿Cuáles?)            | <input type="checkbox"/> | SEGUROS                 | <input type="checkbox"/> | Costos              | <input type="checkbox"/> |
| Tabaco                                  | <input type="checkbox"/> |                             | <input type="checkbox"/> | TURISMO / RECREACION    | <input type="checkbox"/> | Crédito y Cobranzas | <input type="checkbox"/> |
| Textiles y Confecciones                 | <input type="checkbox"/> |                             | <input type="checkbox"/> | OTROS SERVICIOS         | <input type="checkbox"/> | Diseño              | <input type="checkbox"/> |
| Cuero y Calzado                         | <input type="checkbox"/> | ELECTRICIDAD / GAS / AGUA   | <input type="checkbox"/> | Asesorías Profesionales | <input type="checkbox"/> | Finanzas            | <input type="checkbox"/> |
| Papel y Cartón                          | <input type="checkbox"/> | CONSTRUCCION                | <input type="checkbox"/> | Servicios Temporales    | <input type="checkbox"/> | Gerencia General    | <input type="checkbox"/> |
| Editorial y Artes Gráficas              | <input type="checkbox"/> | COMERCIO                    | <input type="checkbox"/> | Seguridad Vigilancia    | <input type="checkbox"/> | Impuestos           | <input type="checkbox"/> |
| Químico y Farmacéutico                  | <input type="checkbox"/> | HOTELES Y RESTAURANTES      | <input type="checkbox"/> | OTROS SECTORES          | <input type="checkbox"/> | Mercadeo            | <input type="checkbox"/> |
| Caucho y Plástico                       | <input type="checkbox"/> | TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO | <input type="checkbox"/> |                         | <input type="checkbox"/> | Producción          | <input type="checkbox"/> |
| Vidrio, Cerámica y Cemento              | <input type="checkbox"/> | COMUNICACIONES              | <input type="checkbox"/> |                         | <input type="checkbox"/> | Publicidad          | <input type="checkbox"/> |

(\*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre de la última o actual empresa                                                                                                                                                                                                                        |                      | Dirección                                                                    |                                   | Teléfono(s)                                                                  |  |
| Cargo                                                                                                                                                                                                                                                       |                      | Nombre de su jefe inmediato                                                  |                                   | Fecha de ingreso<br>D   M   A                                                |  |
| Fecha de retiro<br>D   M   A                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Total tiempo servido                                                                                                                                                                                                                                        | Sueldo inicial<br>\$ | Sueldo final o actual<br>\$                                                  | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |                                                                              |  |
| Funciones realizadas                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Logros obtenidos                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?<br>Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> ½ Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>          |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Motivo del retiro                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                        |                      | Dirección                                                                    |                                   | Teléfono(s)                                                                  |  |
| Nombre de su jefe inmediato                                                                                                                                                                                                                                 |                      | Cargo                                                                        |                                   | Fecha de ingreso<br>D   M   A                                                |  |
| Fecha de retiro<br>D   M   A                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Total tiempo servido                                                                                                                                                                                                                                        | Sueldo inicial<br>\$ | Sueldo final o actual<br>\$                                                  | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |                                                                              |  |
| Funciones realizadas                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Logros obtenidos                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?<br>Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> ½ Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>          |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Motivo del retiro                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                        |                      | Dirección                                                                    |                                   | Teléfono(s)                                                                  |  |
| Nombre de su jefe inmediato                                                                                                                                                                                                                                 |                      | Cargo                                                                        |                                   | Fecha de ingreso<br>D   M   A                                                |  |
| Fecha de retiro<br>D   M   A                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Total tiempo servido                                                                                                                                                                                                                                        | Sueldo inicial<br>\$ | Sueldo final o actual<br>\$                                                  | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |                                                                              |  |
| Funciones realizadas                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Logros obtenidos                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?<br>Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> ½ Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>          |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Motivo del retiro                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| <b>INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)</b>                                                                                                                                                        |                      |                                                                              |                                   |                                                                              |  |
| ¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |                      | ¿Fondo de pensiones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                   | ¿Fondo de cesantías? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Cuál?                                                                                                                                                                                                                                                      |                      | ¿Cuál?                                                                       |                                   | ¿Cuál?                                                                       |  |
| Fecha de afiliación Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |                      | Fecha de afiliación:                                                         |                                   | Fecha de afiliación:                                                         |  |

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

|                                                                                            |        |           |           |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-----------|----------|
| 1.-                                                                                        | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
| 2.-                                                                                        | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
| Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente |        |           |           |          |
| 3.-                                                                                        | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Marque con una X

### ¡Importante!

Este es un formato de distribución GRATUITA, puede buscarlo en la Web, puede imprimir ó enviar este formato por correo electrónico sin restricciones.

#### Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

#### Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en el presente formato son veraces.

Firma del solicitante

C.C.

## VII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

| NOMBRE DEL ENTREVISTADOR                                                                       |                      | ENTREVISTA |                      | OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------------|-----------------------------|---|-----------------|---------------------------------------------------|-------------------------|---|----|--------------------------------------|------------------|----|----------------|
|                                                                                                |                      | Día        | Hora                 | Asistió a Entrevista        |   | Hora de Llegada |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|                                                                                                |                      | Si         | No                   |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
| 1.-                                                                                            |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
| 2.-                                                                                            |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
| ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien               |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
| Aspectos                                                                                       | Primer Entrevistador |            |                      | Segundo Entrevistador       |   |                 | Aspectos                                          | Primer Entrevistador    |   |    | Segundo Entrevistador                |                  |    | Otros aspectos |
| Puntualidad                                                                                    | R                    | B          | MB                   | R                           | B | MB              | Desempeño en cargos anteriores                    | R                       | B | MB | R                                    | B                | MB |                |
| Presentación                                                                                   | R                    | B          | MB                   | R                           | B | MB              | Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores | R                       | B | MB | R                                    | B                | MB |                |
| Aspectos de vigor y salud                                                                      | R                    | B          | MB                   | R                           | B | MB              | Se ajusta al perfil                               | R                       | B | MB | R                                    | B                | MB |                |
| Facilidad de expresión                                                                         | R                    | B          | MB                   | R                           | B | MB              |                                                   | R                       | B | MB | R                                    | B                | MB |                |
| CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA                                                                  |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
| Primer entrevistador                                                                           |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|                                                                                                |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|                                                                                                |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|                                                                                                |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
| Segundo entrevistador                                                                          |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|                                                                                                |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|                                                                                                |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|                                                                                                |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
|                                                                                                |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   |                         |   |    |                                      |                  |    |                |
| Candidato seleccionado definitivamente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   | Contrátese a partir del |   |    |                                      | Sueldo \$        |    |                |
| Candidato elegible próximamente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |                      |            |                      |                             |   |                 |                                                   | Cargo                   |   |    |                                      | Tipo de contrato |    |                |
| Referencias verificadas por                                                                    |                      |            | Primer entrevistador |                             |   |                 | Segundo entrevistador                             |                         |   |    | Firma de quien autoriza contratación |                  |    |                |