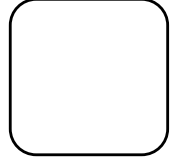


Por favor diligenciar toda la información solicitada en los siguientes espacios

Fecha de diligenciamiento:

D M A

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 PANAMERICANA

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

INFORMACIÓN PERSONAL

Estado civil: _____ N° de hijos: _____ N° de personas a cargo: _____
 Nombre de cónyuge: _____ N° Cédula: _____ Edad: _____ 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	Edad	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 2.012 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. PANAMERICANA LIBRERÍA Y PAPELERÍA S.A., identificada con el NIT No. 830.037.946-3, 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 PANAMERICANA LIBRERÍA Y PAPELERÍA S.A. por los siguientes canales: correo electrónico servicliente@panamericana.com.co indicando en el asunto la solicitud, en el área de administración de cualquiera de nuestras tiendas a nivel nacional donde se pone a su disposición el formato de peticiones, quejas y reclamos (PQR); en la sección de Contáctenos de nuestra página web www.panamericana.com.co o por correo ordinario remitido a nuestras oficinas en la Calle 12 N.º 34 - 30 de ciudad de BOGOTÁ D.C.
 Certifico que la información consignada en este documento es verdadera y autorizo a Panamericana Librería y papelería S.A. a verificarla en su integridad.

Como constancia firmo:			En caso de ser contratado se deberá diligenciar el "Consentimiento para el tratamiento de datos personales FT-11-003-002" de este documento que será suministrado por el área de Gestión humana.
C.C.:			