



**SOLICITUD DE EMPLEO**  
**Datos Personales**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Edad
Domicilio		Ciudad/estado	Código Postal
Teléfono casa	Teléfono celular	Email	
Contacto de emergencia Nombre		Teléfono	Relación
Número de Seguro social		Fecha de Nacimiento(mm/dd/año)	
Soy ciudadano o residente permanente con permiso para trabajar en Estados Unidos [ ] SI [ ] NO			
Has estado en la cárcel por algún delito? [ ] SI [ ] NO			

**Estado de Salud y Hábitos Personales**

Actualmente ¿Cómo considera su estado de salud? O Bueno O Regular O Malo	¿Padece alguna enfermedad crónica? O SI O NO ¿Cuál?
¿Qué deporte practica?	¿Cuál es su pasatiempo favorito?

Que idiomas domina
Máquinas y equipo de trabajo que sepa manejar
Otras funciones que domine

**Experiencia**

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ÚLTIMO			EMPLEO ANTERIOR		
	DE	A	ACTUAL?	DE	A	ACTUAL?
Tiempo de Duración en el empleo						
Nombre de la Compañía						
Dirección						
Teléfono						
Tipo de trabajo realizado						
Podríamos solicitar informes de usted	O Sí	O No		¿Por qué?		
Motivo del cese del trabajo						
Cómo se enteró de este empleo? O Anuncio O otro medio (anótelos)						
¿Esta empleado actualmente? O No O Sí (nombre de la cía)						
¿Algun familiar trabaja en esta empresa? O No O Sí (nombre)						
¿Ha estado afiliado a algún sindicato? O No O Sí (a cuál)						
¿En qué fecha podría presentarse a trabajar?						
Horario preferente para trabajar	O AM	O PM				

**CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION**

Yo certifico que las respuestas que he completado son verdaderas y completas según mi conocimiento. Yo autorizo a la compañía y/o sus agentes, inclusive los agencias de consumidores, a investigar el contenido de esta aplicación como sea necesario para llegar a una decisión de empleo (incluyendo, pero sin limitación, historia criminal y antecedentes de manejo). Yo absuelvo la compañía y/o sus agentes, de cualquier reclamo o compromiso que puede aparecer a raíz de esta investigación. Comprendo que esta aplicación no es un contrato de empleo. Entiendo que información falsa o engañosa puesta en mi solicitud o dada en la(s) entrevista(s) resultará en terminación de empleo. También entiendo que el uso de drogas ilegales o alcohol en el trabajo es prohibido durante el horario de trabajo. Acepto que al ser contratado para este empleo, estoy de acuerdo de cumplir con todas las pólizas y procedimientos de esta compañía.

Se le informa a toda persona que trabaja para EMG Solutions, Incorporated, que estará sujeta a realizarse pruebas de drogas y alcohol cuando se considere necesario. Yo \_\_\_\_\_ firmo y doy consentimiento para someterme a pruebas de uso de droga y alcohol cuando sea requerido y En el momento que se me indique.

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Empleados de EGM Solutions Incorporated, se les informa que al aceptar trabajar para esta empresa, están de acuerdo en que no hay ningún tipo de restricción medica ni de otro tipo para realizar las labores que consisten en cargar, descargar, mover , empaquetar y distribuir material delicado con peso que puede variar entre 5 – 50 libras. También aceptan que han sido informados que el ambiente de algunas fábricas puede ser desde -40\* F a 40\*F de temperatura. Por lo que son conscientes que al firmar el presente documento afirman que tienen un estado físico apto para realizar el presente trabajo, y que informaran cualquier tipo de cambio en su estado de salud.

No está permitido usar ninguna maquina o equipo de trabajo o de carga que sea propiedad de la fábrica, al menos que la gerencia de esta misma fabrica lo haya autorizado previamente al personal autorizado de EMG, por lo que nadie tiene permiso de autorizar o usar el equipo siendo empleado de EGM Solutions Incorporated en ninguna de las fábricas que prestamos servicio aunque esten accesibles o sin uso visible.

Yo \_\_\_\_\_ al firmar este documento, doy mi consentimiento de que puedo cargar, descargar, mover , empaquetar y distribuir material o cajas de 5 a 50 libras y que no hare responsable a la empresa EGM Solutions Incorporated en caso de algún problema físico previo a el primer dia de trabajo en esta empresa. De igual manera, hago constar el entendimiento de los reglamentos de seguridad de EGM Solutions Incorporated.

#### **Reglamentos uso de zapato de trabajo antiderrapante con casquillo**

Empleados de EGM Solutions Incorporated, por las condiciones y temperatura del lugar de trabajo, se les informa que el uso de botas de casquillo (slip resistant steal toe.) es mandatorio, y parte indispensable para trabajar, si el empleado negligentemente hace caso omiso de esta regla la compañía EGM no se hará responsable de ningún accidente causado por el uso de zapatos no autorizados, durante horas de trabajo.

En caso de tener un accidente durante las horas de trabajo, se le tiene que llamar en ese momento al encargado y hacer un reporte detallado en ese instante.

Yo \_\_\_\_\_ al firmar este documento, doy mi consentimiento de haber entendido y acepto que es mi responsabilidad y debo usar el tipo de zapatos que se menciona anteriormente siempre que me presente a trabajar.

#### **Responsabilidad sobre material de trabajo entregado**

EGM Solutions Inc entregara al empelado en su primer día chaleco, navaja y guantes,( Material que se entrega varea en las fabricas) mismos que deberá usar cada vez que se presente en su horario y lugar de trabajo, si por algún motivo el empleado o la compañía terminan la relación laboral deberá entregar al encargado en turno dicho material en las condiciones que se encuentren. La omisión a esta regla ocasionara un cargo de 10 dlls en su último cheque.

Yo \_\_\_\_\_ al firmar este documento, doy mi consentimiento de haber entendido y acepto que es mi responsabilidad tener cuidado de el material de trabajo que se entrego y que lo devolveré el ultimo día que me presente a trabajar para esta compañía.



**EGM**  
SOLUTIONS INC.  
— Third Party Logistics Services. —



### Reglamentos de asistencia

La empresa indicara los horarios de trabajo que debe seguir , dado a eso el empleado al aceptar trabajar para EGM entiende y se compromete a quedarse hasta terminar por completo el trabajo indicado, el fallo injustificado a esta regla se aplicará un cargo basado en los reglamentos de cada fabrica ya sea en puntuación o despido inmediato dependiendo que tan grave sea la falta.

Se les pide a los trabajadores que estén presentes durante los horarios indicados, de igual manera si tienen alguna cita médica, faltaran al trabajo por cualquier otra causa, debe notificar con anticipación de una semana, si necesita por cualquier causa ausentarse antes de terminar su horario de trabajo, debe informarse durante el fin de semana anterior de ser posible. Si es por causa no prevista dicha falta o ausencia debe comprobarse al siguiente día que se presente a trabajar el motivo de tal ausencia.

El abandono del trabajo o retirarse del lugar de trabajo sin previa información y autorización del encargado se le despedirá de inmediato. Yo \_\_\_\_\_ al firmar este documento doy mi consentimiento de que estoy enterado de los reglamentos de asistencia y cumpliré con ellos.

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_