



MUNICIPALIDAD DE ATE

GERENCIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS



## FICHA DE DATOS PERSONALES

FECHA		
DIA	MES	AÑO

DNI

DEPENDENCIA	GERENCIA	SUB GERENCIA	UNIDAD ORGANICA
<b>CARGO :</b>	<b>REGIMEN LABORAL :</b>		
<b>FECHA DE INGRESO :</b>	<b>Nº DE CONTRATO/RESOLUCION</b>		

1. DATOS PERSONALES										
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres						
Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento							
DD/MM/AA	Edad	Nacionalidad	Departamento	Provincia	Distrito					
Genero	Grupo y Factor Sanguineo(marque con una x)				Estatura	Peso				
Femenino <input type="checkbox"/>	A+ <input type="checkbox"/>	A- <input type="checkbox"/>	B+ <input type="checkbox"/>	B- <input type="checkbox"/>	AB+ <input type="checkbox"/>	AB- <input type="checkbox"/>	O+ <input type="checkbox"/>	O- <input type="checkbox"/>		
Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Indique su domicilio actual										
Av. ( ) Calle ( ) Jirón ( ) Carretera ( ) Plaza ( ) Ovalo ( )			Nº ( ) Km( ) Mz.( ) Lt.( ) Int.( ) Dpto( ) Psj.( ) Block( )							
Urb.( ) AA.HH.( ) Coop.( ) Asoc. ( )			Departamento	Provincia	Distrito					
Telefono Fijo	Celular	DNI	RUC	E-Mail:						

Nº de Pasaporte:		Nº de Brevete :		C. Extranjería:	
Estado Civil (marcar con x)					
<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo
Informe de Salud <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		<b>Dcto. Ident. De Discapacidad</b>		
Padece de alguna enfermedad/alergia que implique ser conocida para recibir atención médica oportuna?			<b>Nº de Resolución Ejecutivo</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<b>Cúal?</b>		
Información Sistema Previsional					
De pertenecer a una AFP indique a cual?			AFP <input type="checkbox"/>	ONP <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
Integra <input type="checkbox"/>	Profuturo <input type="checkbox"/>	Prima <input type="checkbox"/>	Habitat <input type="checkbox"/>		
SOLO TRABAJADORES NUEVOS: Desearia afiliarse?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Indique cual?
Integra <input type="checkbox"/>	Profuturo <input type="checkbox"/>	Prima <input type="checkbox"/>	Habitat <input type="checkbox"/>	Otros:	

<b>Percibe algún tipo de pensión? Indique cual de ellas.</b>				SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
JUBILACION				<b>Percibe usted otro ingreso de 4ta Categoría</b>					
INVALIDEZ									
SOBREVIVENCIA VIUDEZ									
SOBREVIVENCIA ORFANDAD		No	<input type="checkbox"/>					SI	<input type="checkbox"/>
SOBREVIVENCIA ASCENDIENTES									

<b>En caso de emergencia avisar a:</b>			
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Pertenesco</b>	<b>telefono/celular</b>	<b>Dirección</b>
<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Pertenesco</b>	<b>telefono/celular</b>	<b>Dirección</b>

<b>Información de Afinidad Familiar</b>						
<b>Tienes algún familiar en la MUNICIPALIDAD</b>			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Indicar si es su cónyuge, familiar consanguíneo (padres, hijos, nietos, hermanos, primos, tíos, sobrinos) ahijados o a fin (cuñados y/o suegros)						
<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Pertenesco</b>	<b>Cargo</b>	<b>Gerencia</b>	<b>Sub Gerencia</b>	<b>Régimen Laboral o Contractual</b>	

<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>						<b>Indique los 3 últimos empleos en orden cronológico</b>					
<b>Nombre de la Empresa</b>	<b>Puesto o cargo</b>	<b>Area</b>	<b>Desde</b>			<b>Hasta</b>			<b>Motivo de Cambio</b>		
<b>Nombre de la Empresa</b>	<b>Puesto o cargo</b>	<b>Area</b>	<b>Desde</b>			<b>Hasta</b>			<b>Motivo de Cambio</b>		
<b>Nombre de la Empresa</b>	<b>Puesto o cargo</b>	<b>Area</b>	<b>Desde</b>			<b>Hasta</b>			<b>Motivo de Cambio</b>		

<b>3. HISTORIAL ACADEMICO</b>						
<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Concluida</b>		<b>Centro de Estudios</b>	<b>Año de Inicio</b>	<b>Año de Término</b>	
	Si	No				
Primaria						
Secundaria						
Sup. Técnico						
Sup. Universitario						

<b>Situación de estudios superiores no universitarios</b>						
<b>Situación (marcar con x)</b>						
<b>Incompleto</b>	<b>Egresado</b>	<b>Titulado</b>	<b>Nombre de la Especialidad</b>	<b>Fecha que opta el nivel</b>	<b>Institucion Educativa</b>	

Situación del nivel Superior Universitario			Nombre de la Especialidad	Fecha que opta el nivel	Universidad
Situación (marcar con x)					
Egresado	Bachiller	Titulado			

Situación de Estudios Técnicos			Nombre de la Especialidad	Fecha de ingreso	Institución
Situación (marcar con x)					
Egresado	Estudiante	Titulado			

Colegiatura				
Nro de Colegiatura	Fecha de Otorgamiento	Departamento	Provincia	Validación

Estudios de Post Grado		Obtuvo el Grado		Centro de Estudios	Año de Inicio	Provincia
Grados	Concluidos		SI			
		SI	NO			
Maestría 1						
Maestría 2						
Doctorado 1						
Doctorado 2						

Estudios de Perfeccionamiento:	Indique los cursos de Post Grado y/o Programas de Especialización que haya cursado y culminado los ultimos 5 años			
Nombre del Curso de Post Grado y/o Especialización	Centro de Estudios	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Nº de Registro

Capacitación y Actualización:	Indique los Seminarios, Talleres, Pasantía, Conferencias, Mesas Redondas, Congreso, Panel, Forum, Simposios u otros que haya cursado y culminado los ultimos 2 años			
Nombre del Evento de Actualización	Centro de Estudios	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Nº de Registro

SOLO PARA TRABAJADORES DE LA MUNICIPALIDAD:		Indique los eventos de capacitación interna que haya cursado en los ultimos 3 años		
Nombre del Evento de Actualización	Centro de Estudios	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Nº de Registro
IDIOMAS		Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés				Institución donde Estudio
Francés				
Alemán				
Otros				

SOLO PARA TRABAJADORES DE LA MUNICIPALIDAD:			Indique los últimos cargos desempeñados en la Municipalidad NO considere el cargo actual	
Periodo ( en años)	Desde	Puesto o Cargo	Centro de Trabajo	Motivo de Cambio
	Hasta			

4. DATOS DEL CÓNYUGE				
Marcar con X	Estado Civil		Viudo <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres
Genero	Edad	Fecha de Nacimiento	DNI/RUC/PASAPORTE CE/P. NACIMIENTO	Nº P. Matrimonio
Grado de Instrucción:		Ocupación:		

Indique dirección Actual			
Dirección:			Teléfono/Cel _____
Distrito:	Provincia:	Departamento _____	

Datos de los hijos (as)		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Genero	Edad	Fecha de Nacimiento	Nº Partida de Nacimiento / DNI	Ocupación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Genero	Edad	Fecha de Nacimiento	Nº Partida de Nacimiento / DNI	Ocupación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Genero	Edad	Fecha de Nacimiento	Nº Partida de Nacimiento / DNI	Ocupación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Genero	Edad	Fecha de Nacimiento	Nº Partida de Nacimiento / DNI	Ocupación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Genero	Edad	Fecha de Nacimiento	Nº Partida de Nacimiento / DNI	Ocupación

Datos de los Padres					
	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento	Supervivencia	Edad	Ocupación
Padre					
Madre					

5. DATOS DE LA VIVIENDA					
Tipo		Tenencia		Material de Construcción	
Casa Independiente	<input type="checkbox"/>	Propia	<input type="checkbox"/>	Concreto	<input type="checkbox"/>
Departamento en Edificio	<input type="checkbox"/>	Alquilada	<input type="checkbox"/>	Adobe	<input type="checkbox"/>
Quinta	<input type="checkbox"/>	Alojado	<input type="checkbox"/>	Prefabricado	<input type="checkbox"/>
Callejón	<input type="checkbox"/>	Alquiler Venta	<input type="checkbox"/>	Quincha	<input type="checkbox"/>
Cuarto dentro de una casa	<input type="checkbox"/>	Invasión	<input type="checkbox"/>	Estera	<input type="checkbox"/>
Otro		Otro		Otro	
Cual? _____		Cual? _____		Cual? _____	

Servicios	SI	NO	TIPO
Luz			
Agua			
Desague			
Telefono			
Cable			
Otros			

DATOS DE INGRESOS ECONOMICOS	
<b>Nucleo Familiar</b>	
<b>Presupuesto: Cuanto asigna para gastos mensual de:</b>	
Vivienda	S/. _____
Alimentos	S/. _____
Salud	S/. _____
Educación	S/. _____
Otros	S/. _____

## 6. APTITUDES ARTISTICAS,DEPORTIVAS Y RECREATIVAS (Señalar con X donde corresponda)

Qué deportes prácticas?	Qué actividades artísticas prácticas?	Cuáles son tus pasatiempos?
Fútbol <input type="checkbox"/>	Danza <input type="checkbox"/>	Lectura <input type="checkbox"/>
Voley <input type="checkbox"/>	Teatro <input type="checkbox"/>	Viajes de Turismo <input type="checkbox"/>
Basquet <input type="checkbox"/>	Canto <input type="checkbox"/>	Manualidades <input type="checkbox"/>
Natación <input type="checkbox"/>	Música <input type="checkbox"/>	Cine <input type="checkbox"/>
Gimnasio <input type="checkbox"/>	Pintura <input type="checkbox"/>	Jarinería <input type="checkbox"/>
Otro _____	Otro _____	Otro _____
Cual? _____	Cual? _____	Cual? _____

¿Pertenece a alguna Asociación o Club? Si  No  Cuál?

### Información Social

Club	<input type="checkbox"/>	_____
Asociación	<input type="checkbox"/>	_____
Institución Cultural	<input type="checkbox"/>	_____
Parroquia	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	_____
Cargo:		_____

## 7. DECLARACIÓN JURADA

De conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Yo \_\_\_\_\_ Identificado (a) con DNI \_\_\_\_\_

declaro bajo juramento que los datos considerados en el presente formato, expresan la verdad de la información proporcionada a la Municipalidad de Ate, sometiéndome a las sanciones a que hubiera lugar en caso de adulteración de datos o de incurrir en falsedad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Servidor

Huella Digital

### Adjuntar:

- 1.- 01 Copia del DNI fotocopiado ambos lados en la misma hoja.
- 2.- 01 foto tamaño carnet en fondo blanco.
- 3.- Copia de certificados de estudio, Bachiller, Título, otros
- 4.- Copia de Certificados de estudio.
- 5.- Copia de partida de nacimiento de los hijos\* (menores de edad y/o discapacitados)
- 6.- Copia de partida de matrimonio\*
- 7.- Copia de DNI de la conyugue y/o conviviente\*
- 8.- En caso de Afiliación a una AFP adjuntar formato firmado por ambas caras

\* Cuando corresponda



MUNICIPALIDAD DE ATE

GERENCIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

### FICHA SOCIAL

<b>Aspectos Generales</b>					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR: _____					
LUGAR DE NACIMIENTO _____					
DEPARTAMENTO		PROVINCIA	DISTRITO		
FECHA DE NACIMIENTO : _____					
AÑO		MES	DIA		
ESTADO CIVIL :	<input type="checkbox"/> SOLTERO	<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> VIUDO	<input type="checkbox"/> CONVIVIENTE	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO
DIRECCION : _____					
INDIQUE UNA REFERENCIA : _____					
TELEFONO : _____					
FIJO		CELULAR	OTROS		
DNI : _____		NACIONALIDAD: _____		C. EXTRANJERIA: _____	
AFILIADO: AFP _____		ONP _____			
RUC: _____		E-MAIL _____			
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN:</b>					
ANAFALBETO (A)					
PRIMARIA COMPLETA		TECNICO COMPLETO			
PRIMARIA INCOMPLETA		TECNICO INCOMPLETO			
SECUNDARIA COMPLETA		SUPERIOR COMPLETO			
SECUNDARIA INCOMPLETA		SUPERIOR INCOMPLETO			
GRADO OBTENIDO _____					
TITULO PROFESIONAL _____					
POST GRADO/ MAESTRIA/ DOCTORADO/ ESPECIALIZACION _____					

<b>ASPECTO LABORAL</b>			
GRUPO OCUPACIONAL (MARCAR CON UN ASPA)			
DIRECTIVO	FUNCIONARIO DE CONFIANZA	<input type="checkbox"/>	REGIMEN LABORAL
	EMPLEADO CIVIL	<input type="checkbox"/>	
	OBRERO	<input type="checkbox"/>	
		276	<input type="checkbox"/>
		728	<input type="checkbox"/>
		1057 CAS	<input type="checkbox"/>
AREA DONDE PRESTA ATENCION _____			
CARGO U OCUPACION _____			

**ASPECTO FAMILIAR**

DATOS PERSONALES DE LOS FAMILIARES DIRECTOS(SEÑALE CON UN ASPA AQUELLOS QUE DEPENDEN DE USTED)

PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRES	F ECHA DE NAC	ESTADO CIVIL	OCUPACION	GRADO DE INSTRUCCIÓN

INDICAR SI ALGUN PARIENTE TRABAJA EN LA MUNICIPALIDAD (INDICAR EL NOMBRE)

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS
PADRES		TIOS	
HIJOS		SOBRINOS	
ABUELOS		PRIMOS	
NIETOS		SUEGRO (A)	
HERMANOS		CUÑADO (A)	
ESPOSO (A)			

**ASPECTO DE SALUD**

MENCIONE LAS ENFERMEDADES QUE A PADECIDO

---



---

ACTUALMENTE PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD

---



---

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD FISICA

---



---

GRUPO Y TIPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

TIENE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

**ASPECTO DE VIVIENDA**

A) UBICACIÓN	B) TENDENCIA	C) TIPO	D) ESTADO DE VIVIENDA	E) MATERIAL DE CONSTRUCCION
INVASION <input type="checkbox"/>	PROPIA <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUIDA <input type="checkbox"/>	NOBLE <input type="checkbox"/>
AA.HH <input type="checkbox"/>	ALQUILADA <input type="checkbox"/>	EDIFICIO <input type="checkbox"/>	SEMICONSTRUIDA <input type="checkbox"/>	ADOBE <input type="checkbox"/>
ASOC. VIVIENDA <input type="checkbox"/>	DE FAMILIA <input type="checkbox"/>	CALLEJON <input type="checkbox"/>	EN CONSTRUCCION <input type="checkbox"/>	QUINCHA <input type="checkbox"/>
URBANIZACION <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	CUARTOS <input type="checkbox"/>		ESTERAS <input type="checkbox"/>

**SERVICIOS BASICOS**

	SI	NO		SI	NO
AGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LUZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESAGUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TELEFONO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTERNET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ Grado de parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono N° \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Aspecto Económico**

Ingreso Mensual	S/. <input type="text"/>	Gastos	S/. <input type="text"/>
Nucleo Familiar		Alimentos	S/. <input type="text"/>
Otros Haberes	S/. <input type="text"/>	Vivienda	S/. <input type="text"/>
		Educación	S/. <input type="text"/>
TOTAL	S/. <input type="text"/>	Servicios	S/. <input type="text"/>
		Otros	S/. <input type="text"/>
		Total	S/. <input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
FIRMA

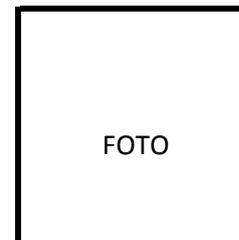
DIA	MES	AÑO



MUNICIPALIDAD DE ATE

GERENCIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS



## FICHA PERSONAL

DEPENDENCIA			
CARGO			
FECHA DE INGRESO		Nº RESOLUCIÓN:	
FECHA DE CESE:		TIEMPO DE SERVICIO:	
REGIMEN LABORAL			

### DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES					
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO				ESTADO CIVIL					
				DPTO.				SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>		VIUDO(A) <input type="checkbox"/>			
Nº DNI				PROVINCIA				CASADO(A) <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>			
RUC				DISTRITO				CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>		SEPARADO(A) <input type="checkbox"/>			
BREVETE				NACIONALIDAD				SEXO	FEMENINO		MASCULINO		
EMAIL													
DIRECCION				Urb. / Calle / Av. / Jr.				Mz. Lt. / Int.					
								DISTRITO					
INDIQUE UNA REFERENCIA:								Nº TELEFONO		Nº CELULAR		E-MAIL	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR AL Nº TELEF:													

### CARACTERISTICA DEL NIVEL EDUCATIVO

GRADO DE INSTRUCCIÓN	COMPLETA	INCOMPLETA	CENTRO DE ESTUDIOS			
TITULOS Y GRADOS			CENTRO DE ESTUDIOS	Nº DE COLEGIATURA		
BACHILLER EN						
LIC. O TITULO PROFESIONAL						
PRIMERA ESPECIALIDAD						
SEGUNDA ESPECIALIDAD						
MAESTRIA						
DOCTORADO						
ESTUDIOS DE EXTENCION(CURSOS, SEMINARIOS,CURSILLOS,OTROS)						
DENOMINACION	CERTIFICACION	DURACION		INSTITUCION		
		DESDE	HASTA			

DATOS FAMILIARES					
PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NAC	SEXO	CONDIC. FISICA	OCUPACION
PADRE					
MADRE					
CÓNYUGE					
HIJO 1					
HIJO 2					
HIJO 3					
HIJO 4					
DATOS ADICIONALES SOBRE EL CÓNYUGE					
ENTIDAD QUE PRESTA SERVICIO EL CONYUGE		LUGAR DE NACIMIENTO		DNI	
PUBLICO		DEPARTAMENTO		EDAD	
PRIVADO		PROVINCIA		GRADO DE INSTRUCCIÓN	
ENTIDAD		DISTRITO		SUPERVIVENCIA	
INDICAR SI ALGUNO DE SUS FAMILIARES TRABAJA EN LA MUNICIPALIDAD DE ATE (INDICAR NOMBRE DEL FAMILIAR)					
Marcar con una X SI ( ) NO ( )					
PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	
PADRES			TIOS		
HIJOS			SOBRINOS		
ABUELOS			PRIMOS		
NIETOS			SUEGRO (A)		
HERMANOS			ESPOSO (A)		
REGIMEN PREVISIONAL					
INDIQUE EN QUE REGIMEN PREVISIONAL REGISTRA AFILIACION O DESEA SER AFILIADO			INDIQUE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD A LA QUE PERTENECE		
HABITAT	<input type="checkbox"/>		ESSALUD	<input type="checkbox"/>	
AFP PROFUTURO	<input type="checkbox"/>				
AFP PRIMA	<input type="checkbox"/>		EPS	<input type="checkbox"/>	
AFP INTEGRAL	<input type="checkbox"/>				
ONP	<input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL EPS:	_____	

DECLARACION JURADA	
De conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.	
Yo _____ Identificado(a) con DNI _____	
Declaro bajo juramento que los datos considerados en el presente formato, expresan la verdad de la información proporcionada a la Municipalidad de Ate, sometiéndome a las sanciones a que hubiera lugar en caso de adulterio de datos o de incurrir en falsedad.	
_____	Ate, _____ de _____ del 20__
FIRMA	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> Huella Digital