



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

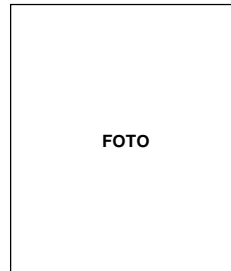
Secretaría General

Oficina General de Recursos Humanos

FICHA PERSONAL / RESERVADA

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:

Form fields for employer completion: CODIGO DE PLANILLA, NUMERO DE CONTRATO, FECHA DE INGRESO, UNIDAD ORGANICA, CARGO, REMUNERACION, SECUENCIA FUNCIONAL (Meta Presupuestal)



PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR :

DATOS PERSONALES

Personal data section including: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, SEXO, EDAD, NACIONALIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, N° DNI, N° CARNET DE EXTRANJERÍA, DOMICILIO ACTUAL, DISTRITO, PROVINCIA, DEPARTAMENTO, ESTADO CIVIL, TIPO DE VIVIENDA, N° RUC, BREVETE, PENSIONES, ENTIDAD BANCARIA, TELÉFONOS DE CONTACTO

DATOS FAMILIARES

Table for family data with columns: PARENTESCO, APELLIDOS Y NOMBRES, EDAD, SEXO, OCUPACIÓN: TRABAJO // ESTUDIOS, FECHA NACIM., DNI / PART. NAC., SI / NO

¿ Su esposa o conviviente e hijos estan asegurados en EsSALUD? ↑

FORMACIÓN ACADÉMICA

SITUACIÓN ACADÉMICA:

SECUNDARIA COMPLETA
TÉCNICA
UNIVERSITARIA
OTROS

CARRERA y/o ESPECIALIDAD
CARRERA y/o ESPECIALIDAD
ESPECIFICAR

CENTRO DE ESTUDIOS:

INSTITUCIÓN PÚBLICA
INSTITUCIÓN PRIVADA
EXTRANJERO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
ESPECIFICAR

GRADO ACADÉMICO:

ESTUDIANTE

EGRESADO

BACHILLER

TITULADO

ESTUDIOS DE POST-GRADO:

MAESTRIA

DOCTORADO

OTROS

(Especifique)

CENTRO DE ESTUDIOS:

GRADO:

DATOS DE SALUD

ALERGIAS:

NO

SI

(Indicar cual de las siguientes)

BETALACTAMICOS

(Penicilina - Cefalosporinicos)

ANALGESICOS - ANITI INFLAMATORIOS

(Ketorolaco-Diclofenaco-Ibuprofeno)

OTRAS ALERGIAS:

(Especifique)

ENFERMEDADES:

NO

SI

(Indicar cual de las siguientes)

DIABETES

HIPERTENSION ARTERIAL

ASMA

EPILEPSIA

OTRAS

(Especifique)

MEDICAMENTOS

NO

SI

(Indicar que medicamentos toma actualmente)

GRUPO SANGUÍNEO:

A+

A-

B+

B-

AB+

AB-

O+

O-

INFORMACION ADICIONAL:

(En caso considere necesario, registre información adicional referente a su salud)

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

¿Cuenta con algún tipo de Discapacidad?

NO

SI

(Si su respuesta es afirmativa llenar los campos siguientes)

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

AUDITIVA

VISUAL

EN EL HABLA

CONDUCTA

(Precisar el tipo)

FISICA

(Precisar el tipo)

¿Cuenta con Certificado de Discapacidad?

NO

SI

(Adjuntar documento que acredite dicha condición)

DECLARACIÓN JURADA

Por medio del presente documento, confirmo la exactitud y la veracidad de la información antes expresada, siendo el único responsable de la información remitida; Asimismo, en caso sea necesario, autorizo a que dicha información sea investigada para los fines que el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social convenga.

Lima, ____ de _____ de 20__.

Apellidos y Nombres del Trabajador

N° de Documento de Identidad

Firma del Trabajador

Huella digital

