



FICHA DE DATOS PERSONALES

AREA DE RECURSOS HUMANOS

EMPLEADO:		CARGO	
EMPLEADO:		DEPARTAMENTO:	
OBRERO:		SEDE:	

FOTO

DATOS PERSONALES:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
VASQUEZ	NOLE	SEGUNDO ULPIANO	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL
PIURA	23-06-1958		SOLTERO

DIRECCION COMPLETA :

NACIONALIDAD:					
JR. AV. CALLE. PJE	N°	Dpto	Mz	Lt	CIUDAD
URBANIZACION	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	TELEFONO	
	PIURA	PIURA	PIURA		

DOCUMENTOS PERSONALES

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	N° PASSAPORTE	BANCO	N° CTA AHORROS	
			19399323184046	
CORREO ELECTRONICO:				
CODIGO ESSALUD	NOMBRE DE AFP	CODIGO CUSPP	ONP	
LICENCIA DE CONDUCIR	SI	NO	CATEGORIA:	NUMERO:

DATOS EDUCATIVOS:

NIVEL	NOMBRE DE INSTITUCION	AÑOS CURSADO	FECHA INICIO		FECHA TERMINO		TITULO ALCANZADO
			MES	AÑO	MES	AÑO	
SECUNDARIA							
TECNICA							
SUPERIOR							
MAESTRIA							
C.I.P							
N°							
OTROS ESTUDIOS							
ACTUALMENTE ESTUDIA ?	SI	NO	QUE / DONDE ESTUDIÓ?				
INGLES	NIVEL BASICO ()		NIVEL INTERMEDIO ()		NIVEL AVANZADO ()		
INFORMATICA	NIVEL BASICO ()		NIVEL INTERMEDIO ()		NIVEL AVANZADO ()		
ACTUALMENTE ESTUDIA ?	SI	NO	QUE / DONDE ESTUDIÓ?				

DATOS LABORALES

OCUPACIONES FORMALES O TRABAJOS ANTERIORES						
FECHA		EMPRESA	PUESTO O CARGO	MOTIVO DE CESE	JEFE INMEDIATO	TELEFONO
DESDE	HASTA					

DATOS FAMILIARES

PADRES, CONYUGUE E HIJOS:

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	F. NACIMIENTO	OCUPACION

DATOS COMPLEMENTARIOS

¿Ha tenido algun accidente de trabajo ?	SI	NO	Especificar:
Padece de alguna dolencia cronica (asma, Ulceras, diabetes u otras)	SI	NO	Especificar:
¿Tiene alguna discapacidad?	SI	NO	Especificar:

¿Tiene antecedentes policiales, y/o penales? () NO () SI (*)

(*)De ser positiva su respuesta, señale el tipo de antecedente.

CONDICION DE VIVIENDA

CASA PROPIA	CASA ALQUILADA	PENSION / ALOJADO	OTROS (ESPECIFICAR)

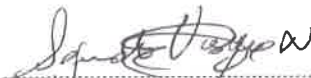
IMPLEMENTACION DE SEGURIDAD Y UNIFORMA - OBREROS

TALLA DE ZAPATOS	TALLA DE CAMISA	TALLA DE PANTALON	OTRA ESPECIFICAR

EN CASO DE EMERGENCIA

COMUNICARSE CON:			
APELLIDOS Y NOMBRES	TELEFONO	DIRECCION	PARENTESCO

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES EXACTA Y PODRA SER COMPROBADA POR LA EMPRESA ES CASO SE COMPRUEBE QUE LOS DATOS NO SON VERDADEROS SE PODRA RESCINDIR EL CONTARTO DE TRABAJO SIN COMPROMISO NI RESPONSABILIDAD PARA LA EMPRESA



FIRMA DEL TRABAJADOR

DNI:

ANEXO 1

RECOMENDACIONES SOBRE MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. El ambiente de trabajo debe mantener un buen orden y limpieza, cada trabajador es responsable por el buen orden y limpieza de su área de trabajo.
2. El local de trabajo se mantendrá en condiciones adecuadas, de acuerdo con las normas vigentes.
3. **EL EMPLEADOR** dotará de los servicios higiénicos necesarios, adecuados y separados para cada sexo, de acuerdo con las normas vigentes.
4. Con el fin de identificar aquellas posibles enfermedades ocupacionales a las que esté expuesto el personal destacado; ello con el propósito de prevenir los efectos de dichas enfermedades sobre el personal.

SOBRE LOS AVISOS Y SEÑALES DE SEGURIDAD

1. El objetivo de las señales de seguridad será el hacer conocer, con la mayor rapidez posible, el riesgo de accidente y también la existencia de circunstancias particulares.
2. Todo tanque de combustible contará con su placa o letrero de identificación y su símbolo de clasificación.
3. Los avisos y señales de seguridad recibirán un apropiado mantenimiento, con el fin de conservarlos visibles.
4. Se realizarán inspecciones periódicas para verificar la vigencia de las señales y determinar las modificaciones necesarias.

NORMAS VARIAS

1. Está prohibido fumar en todas las áreas de los predios de **EL EMPLEADOR**.
2. Está prohibido el ingreso a las plantas o la ingesta dentro de estas, del personal bajo los efectos de bebidas alcohólicas o estupefacientes.
3. Cualquier pregunta o duda que esté relacionada con la seguridad en su trabajo, deberá ser consultada por **EL TRABAJADOR** a su jefe inmediato.
4. Está prohibido el uso de aire comprimido para la limpieza personal.



EL TRABAJADOR

EL EMPLEADOR



DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO VIDA LEY

El suscrito, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Consolidación de Beneficios Sociales D.E.L. 688, Ley 29549 y su Reglamento, efectúa su declaración de beneficiarios:

PRIMER BENEFICIARIO: CÓNYUGE O CONVIVIENTE (*) E HIJOS:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Tipo Doc.	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Dirección

(*) Declarado notarial o judicialmente

SOLO DE NO CONTAR CON PRIMER BENEFICIARIO, INDICAR: PADRES Y/O HERMANOS MENORES DE 18 AÑOS

Nombres y Apellidos	Parentesco	Tipo Doc.	N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Dirección

De producirse alguna modificación en el contenido de la presente Declaración Jurada, será de completa responsabilidad el comunicarlo a la Empresa.

Importante: Este documento debe ser legalizado notarialmente para su validez.

Lima, ____ de ____ de 20____

Firma y huella dactilar



LEY No. 28882
LEY DE LA SIMPLIFICACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DOMICILIARIA

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO

**LEY No 28882; LEY DE DEROGACIÓN DE ATRIBUCIONES DE LA PNP A EXPEDIR CERTIFICADOS DOMICILIARIOS.
LEY No 27444; LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL**

Conste por el presente documento, al que brindó mayor fuerza legal.

Yo, Secundo Vasquez Ovalle Nacionalidad Peruana con
DNI No. 09617074 Domiciliado en: _____

_____ en el pleno goce de los
Derechos Constitucionales y en concordancia con lo previsto en la Ley No. 27444, Ley de
Procedimiento Administrativo General.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, la dirección que señalo líneas arriba, es mi domicilio real, actual, efectivo y verdadero,
donde tengo vivencia real, física y permanente; en caso de comprobarse falsedad alguna, la
Autoridad correspondiente podrá someterme a las sanciones contempladas en el Art. 427° del
Código Penal.

Formulo la siguiente **DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DOMICILIARIA SIMPLIFICADA**
como requisito para efecto de trámite para _____

Para mayor constancia y validez, cumplo con firmar y pongo mi huella digital al pie del
presente documento para los fines legales correspondientes.

Lima, 11 del Mes Julio del 20 23


Firma



Huella Digital

ESTE DOCUMENTO NO NECESITA LEGALIZACIÓN DE CONFORMIDAD A LEY: CARECE DE VALOR EN CASO DE BORRÓN, ENMIENDA O
DETERIORO, DE USO EXCLUSIVO SOLO PARA TRÁMITES LABORAL, ESTUDIOS, VIAJE, MATRIMONIO Y ADMINISTRATIVOS

Yo, SEGUNDO VASQUEZ OVILA, identificado(a) con Documento de Identidad tipo _____, N° 02617074, acuerdo con SANIP PERÚ y/o sus filiales realizar las actividades establecidas en la documentación de la organización, velar por la Seguridad de la Información y el Control Interno regulado por la Ley SOX, así como el cumplimiento de la Carta de Ética; actuando siempre con profesionalidad, confidencialidad y respetando las disposiciones establecidas por SANIP PERÚ y/o sus filiales y acepto lo siguiente:

1. Mantendré en completo secreto y la más estricta confidencialidad y respeto de:

1.1 Todos los trabajos en los que esté involucrado.

1.2 Todos los asuntos relacionados con la información de la organización y de los clientes.

1.3 Todo lo establecido en las Políticas de la organización.

Que puedan llegar a mi conocimiento y no proporcionaré información a ninguna persona u organismo, relativa a los anteriores puntos (excepto a personas a las cuales deba facilitar tal información durante el curso de mi trabajo) a menos que el responsable del Área o el Gerente de la Línea o División a la que pertenezco me autoricen por escrito a hacerlo.

2. Nunca extraeré de mi lugar de trabajo información sensible de la organización, los Clientes o Terceras partes, sin el consentimiento por escrito del responsable del Área, excepto en el curso normal de mis deberes. A la finalización de mi trabajo entregaré al responsable del Área tal información en mi poder.

3. Nunca, sin el consentimiento por escrito de Gerente de la Línea o División, revelaré a Clientes o Terceras Partes ningún sistema, método, proceso, idea, especificación, dato, conocimiento, plano, hecho, cálculo o información de cualquier naturaleza que pueda llegar a mi conocimiento en el curso de mi trabajo, excepto aquello de dominio público. Mantendré en todo momento esta información en estricta reserva, excepto aquella que sea publicada o sea de dominio público sin acción u omisión por mi parte.

4. Toda mejora en los sistemas, métodos o procesos realizados por mi como consecuencia directa de mi trabajo para la organización, serán puestos en conocimiento del responsable del Área y serán de absoluta propiedad de SANIP PERÚ y/o sus filiales.

5. Acepto todas las exigencias y las condiciones de seguridad establecidas en el reglamento de trabajo dando mi consentimiento a:

5.1 Verificaciones de mis antecedentes de acuerdo con las leyes y regulaciones pertinentes, la ética y registros del negocio, para asegurar la gestión de seguridad de la información.

establecen responsabilidades y las de la organización en materia de seguridad de la información.

5.3. Como todo empleado de la organización estaré sujeto a las capacitaciones en políticas y procedimientos, para tomar conciencia en materia de seguridad de la información y otros temas de intereses definidos por la organización.

6. Acepto que las cláusulas anteriores y las consecuencias de la confidencialidad impuesta me obligan incluso durante los 3 años posteriores a la finalización de mi trabajo con SANIP y/o sus filiales, a respetar la confidencialidad de la información.

Acepto que si reveló información confidencial SANIP y/o sus filiales podrá ser objeto de una acción disciplinaria, incluyendo un despido inmediato y posteriores acciones legales.

7. Cumpliré los requisitos y previsiones de las políticas de gestión, planes, procedimientos y otras instrucciones relacionadas a la Seguridad de la Información y al Control Interno regulado por la Ley SOX, y a la orientación proporcionada por el Responsable del Área de SIDERAR y/o sus filiales. Se entiende que lo anterior se relaciona con los aspectos técnicos y de procedimiento para llevar a cabo el trabajo encomendado, Informaré al Responsable del Área y/o al Gerente de la Línea o División a la que pertenezco, de cualquier interés comercial o de otro tipo que pudiera tener con las empresas en las que se me asigne que afecten la Seguridad de la Información y/o el Control Interno regulado por la Ley SOX, e informar sobre:



7.1. Cualquier propuesta de soborno, regalo o gratificación

7.2. Cualquier petición de falsificar información

7.3. Cualquier amenaza a la seguridad de la información

7.4. Cualquier otra situación conocida o sospechosa que pudiera afectar la confidencialidad, integridad o disponibilidad de la información de responsabilidad de SANIP PERÚ y/o sus filiales.

Lima, ____ de ____ de 20____



Firma y huella dactilar

5.2. Como parte de la obligación contractual se firmará los términos y condiciones de contrato de empleo, los cuales

