



Trabajo y Seguridad Social

Gobierno de la República



FICHA DE DATOS SUMINISTRADOS POR EL TRABAJADOR

Nombres y apellidos: _____, Edad: _____ años, Sexo: _____
Nacionalidad: _____, Puesto que desempeña: _____
Fecha de Ingreso: _____, Posee algún tipo de discapacidad _____,
Salario que devenga: (_____), de que tipo: _____. Tiene contrato individual de trabajo por escrito (_____), ha sido contratado por tiempo indefinido (_____), por tiempo definido (_____), por obra o servicios determinados (_____) o por contrato por hora (_____). Cuál es la forma de pago: Mensual (_____), Quincenal (_____), Semanal (_____) Diario (_____). Tiene día de descanso (_____) cuál es su día de descanso, disfruta los días feriados: (_____) al laborarlos le pagan doble (_____); si trabaja su día de descanso, le pagan y le respetan su derecho de tomarlo otro día de la semana (_____); Trabaja horas extras (_____), cuanto recibió por este concepto: _____, le pagaron aguinaldo el año anterior (_____) que cantidad recibió por dicho concepto: _____, le pagaron décimo cuarto mes (_____) que cantidad recibió por dicho concepto: _____, cuál es su horario de trabajo: _____ A _____: tiempo para ingerir alimentos: _____; Le adeudan vacaciones (_____), de que período(s): _____. Recibe malos tratos de físico y/o de palabra: (_____) de parte de quién: _____. Condición: _____, Exprese: _____

Tiene hijos en nivel escolar (_____), se le pagó el bono, cuando el Centro de Trabajo posee más de _____ empleados permanentes (_____), le exigieron prueba de embarazo (_____) le exigieron prueba de VIH/SIDA (_____). Se ha sometido al polígrafo (_____), recibe algún tipo de acoso (_____), de parte de quién: _____ cargo: _____, Exprese: _____.

Conoce el Reglamento interno del Centro de Trabajo, cuando aplique : (_____), conoce el Reglamento General de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, cuando aplique (_____), le suministran gratuitamente la ropa de trabajo: (_____), Implementos de protección personal (_____), Esta afiliado al IHSS (_____), Le hacen deducciones de salario cuando asiste al IHSS. Ha tenido algún tipo de enfermedad profesional o accidente de trabajo (_____), ha sido indemnizado (_____), se le pagó conforme a la Ley (_____), Goza de algún plan médico privado (_____). Tiene acceso a servicios sanitarios separados por sexo: (_____), comedor provisto de sillas y mesas (_____), suministros de agua potable de forma gratuita (_____), botiquín de primeros auxilios (_____) le practican exámenes médicos (_____), con que frecuencia: _____; fecha de entrevista _____.

OBSERVACIONES _____

Firma o Huella) Trabajador

Firma) Inspector de Trabajo
Código: _____