# FICHA DE DATOS DEL TRABAJADOR

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nota: Llenar los datos con letra imprenta)

1. **DATOS DEL TRABAJADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos |  |
| Nombres |  |
| Lugar y fecha de nacimiento |  |
| Edad |  |
| Estado Civil |  |
| Nacionalidad |  |
| DNI N° |  |
| Pasaporte |  |
| Autogenerado ESSALUD |  |

Domicilio

(Av. / Calle / Mz. – N°./ Lt. – Int. / Dpto.)

Urbanización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Llenar croquis adjunto.

Teléfono Fijo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Móvil. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Referencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Nivel Educativo**

Primaria Incomp. ( ) Primaria Completa ( ) Secundaria Incomp.( ) Secundaria Completa ( ) Técnica Incompleta ( ) Técnica Completa ( )

Superior I.S.T. Incomp. ( ) Superior I.S.T. Comp. ( ) Universit. Incomp. ( )

Universitaria Completa ( ) Grado de Bachiller ( ) Titulado ( )

Maestría Incompleta ( ) Maestría Completa ( ) Grado de Maestría ( )

Doctorado Incompleto ( ) Doctorado Completo ( ) Grado de Doctorado ( ) Sin Educación Formal ( )

## DATOS DE FAMILIARES DIRECTOS (padre, madre, cónyuge o conviviente e hijos):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos Completos | Parentesco | Edad | Sexo | Tipo Doc. | Nº Doc. |
|  |  |  |  | **DNI** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(En caso de hijos mayores de 18 años, indicar si éstos cursan estudios superiores o universitarios. La empresa se reserva el derecho de exigir al trabajador que acredite la existencia de los hijos.)

1. **DATOS LABORALES**
   1. **Renta Quinta**

**Empleador anterior en el Ejercicio** SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_

(Si la respuesta es afirmativa, presentar Certificado de Retenciones de Rentas, de no adjuntarlo no se le considerará para sus Retenciones de Impuesto a la Renta).

* 1. Régimen de condición para efectos del Impuesto a la Renta:
* Domiciliado SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No Domiciliado SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Días de permanencia en el país Perú \_\_\_\_\_ nací en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(adjuntar comunicación validada y certificada por la Gerencia de la empresa de Recurso Humamos o Gerente de Administración Y Finanzas según sea el caso).

Fecha del cese del vínculo laboral en último empleo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El trabajador informó otros ingresos de Renta de Quinta SI ( ) NO\* ( )

3.2. **Essalud Vida**

Está afiliado a Essalud Vida SI ( ) NO ( )

3.3 **Consideraciones para presentar Descanso Médico**

Según nuestro Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo **(RISS Art. 109 Ind. C),** todo Descanso Médico Particular debe contener:

* Pago de la consulta médica.
* Certificado Médico, indicando datos del personal y días de Descanso Médico
* Receta
* Compra de la Receta

El Descanso Médico debe ser presentado máximo a las 72 hrs de haberse producido el hecho, de presentarse fuera de fecha y/o incompletos, la empresa no asumirá compensación salarial por los días no trabajados, ya que es responsabilidad única y exclusiva del colaborador.

Ante caso de SUBSIDIOS (más de 20 días de Descanso Médico) se podrá requerir documentos adicionales que sustenten el diagnóstico, en caso de no presentarlos e impidan cualquier tipo de trámite posterior de subsidios en las fechas correspondientes, la empresa no asumirá compensación salarial por los días subsidiados.

Adicionalmente, se consigna como Falta Grave sí el Descanso Médico presentado sea Fraudulento o se haya comprobado su comercialización.

3.3. **Compensación por Tiempo de Servicios (CTS)**

Moneda: SOLES

3.4. **Pago de haberes**

Modalidad de pago: MENSUAL

3.5. **Exclusividad**

Prestó servicios simultáneos en empresas de la competencia (Call center), clientes y proveedores del grupo Konecta. SI ( ) NO ( )

Declaro bajo juramento que la información consignada en esta ficha corresponde a la verdad y asumo la responsabilidad por cualquier problema que pudiera surgir a consecuencia de los datos que he proporcionado.

Lugar y Fecha  **FIRMA DEL COLABORADOR**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS Y DOMICILIO LEGAL**

FECHA:...............................

El que suscribe………………………..................................... N° DNI **……………………**con domicilio actual en (Av./Clle./Mz./Lt. – Int/Dpto)............................................................... Urbanización ...**.**............ Distrito: ……… ............................. Provincia: .....................................

Telef.: ………......................

Referencias adicionales:

Declaro dicho domicilio como actual y legal ante cualquier notificación o control de la Empresa, comprometiéndome a comunicar fehacientemente dentro de las cuarenta y ocho horas, su cambio o modificación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_

**NOMBRES Y APELLIDOS FIRMA**

# DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe………………………………………………..con DNI:**…………………………….** declara lo siguiente:

Haber recibido del área de RRHH la información pertinente respecto a los sistemas de pensiones, así mismo certifica la recepción del Boletín Informativo acerca de las características del Sistema Privado de Pensiones (SPP) y del Sistema Nacional de Pensiones (SNP).

Lima, ….. de **……** del 2022

Firma:

Nombres y Apellidos:

DNI:

# DECLARACIÓN JURADA

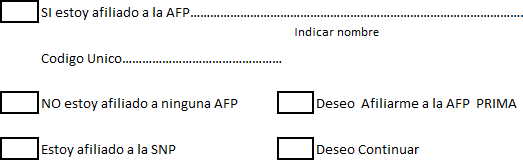
PARA EL SISTEMA PREVISIONAL DE PENSIÓN

* NOMBRES Y APELLIDOS: ……………………………………
* DNI N° ……………………………………

Por el presente documento declaro a la empresa …………………...........

………………………………………………………………………………………………………………………………

Con esta Declaración libero al Departamento de Recursos Humanos de toda responsabilidad por cuanto los datos que expongo se ajustan a la verdad.



Integra

Fecha: ......../......../...........

FIRMA DEL COLABORADOR

# COMPROMISO DE NO SUPLANTACIÓN DE IDENTIDAD

**Lima, … …… de … …… del ……….**

**De**

Yo, …………………………………………………., identificado con DNI N° **……………………………..** ,con domicilio **………………………………………………………………** ubicado en

, distrito………………...provincia de ……….….. y departamento de………...; mediante el presente documento tomo conocimiento de lo siguiente:

1. Que, la suplantación de identidad consiste en hacerse pasar por otra persona por diversos motivos y para diversos fines, hecho que puede darse por medios distintos, entre ellos, como los tecnológicos.
2. Que, Konecta Perú1, rechaza tajantemente la comisión de cualquier conducta delictiva; por lo que, ante este tipo de conductas, toma las acciones legales pertinentes de conformidad con el Código Penal Peruano y la Ley de Delitos Informáticos.
3. Qué, Konecta Perú en aras de la prevención de la existencia de esta conducta delictiva, realizará la comprobación de la identidad de el/la colaborador/a durante la capacitación y en cualquier momento de la relación laboral (si la hubiere).

En consecuencia, con pleno conocimiento del contenido del presente documento, autorizo la comprobación de mi identidad y declaro bajo responsabilidad que no ha existido ningún tipo de coacción para la firma al pie del presente documento en señal de conformidad.



Nombre:

DNI:



1 Konecta Perú, nombre comercial que contiene a las razones sociales siguientes: Konecta BTO S.L. Sucursal en Perú, Allus Spain S.L. Sucursal del Perú y Stratton Perú S.A.C.

# AUTORIZACIÓN DE ACCESO A EQUIPOS PROPIOS

**Lima, ……… de ……… del 2022.**

Yo, ….…………………………………………………………………..…identificado con DNI N° ……………………con domicilio…………………………………………. Ubicado en…………………………………………………….Distrito…………….………………….,

Provincia de **………………………………….** y departamento de **………………………….**; mediante el presente documento declaro lo siguiente:

Que autorizo a **Konecta Perú1** para que acceda a los equipos de mi propiedad, con la finalidad de realizar acciones tendientes al inicio de mis labores y durante la prestación de servicios; en base a las cuales se realizarán:

1. Las configuraciones para la activación de usuarios, permisos y restricciones para la seguridad de la información.
2. Las configuraciones para el remoteo del equipo.
3. Las revisiones para verificar el cumplimiento normativo a través de auditorías.

Asimismo, declaro que el consentimiento brindado es libre, expreso e informado previamente; por lo que no ha existido ningún tipo de coacción para el ejercicio del mismo.

Firmo al pie del presente documento en señal de conformidad.



Nombre



1 Konecta Perú, nombre comercial que contiene a las siguientes razones sociales: Konecta BTO S.L. Sucursal en Perú, Allus Spain S.L. Sucursal del Perú y Stratton Perú S.A.C.

* COLOCA LA FOTO DE AMBAS CARA DE TU DNI, RECUERDA QUE TIENE QUE SER NÍTIDA Y VISIBLE.
* CERTIFICADO DE ESTUDIOS (RECUERDA QUE PUEDE SER BOLETA DE PAGO, HORARIOS, CARNET DE ESTUDIANTE O UNIVERSITARIO).
* CERTIFICADO DE TRABAJO (PUEDE SER UNA BOLETA DE TU ÚLTIMO PAGO, FOTOCHECK, CERTIFICADO O CONSTANCIA DE TRABAJO).
* ANTECEDENTES POLICIALES (PODEMOS HACER USO DEL CERTIJOVEN – CERTIADULTO) .
* COLOCAR PRINT DE PANTALLA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE TU PC.
* COLOCAR PRINT DE PANTALLA DE LA VELOCIDAD DEL INTERNET INGRESAR AL SIGUIENTE ENLACE: https://www.speedtest.net/es