

| | | | | |
|---|---|--|----------|----------------|
|  | FICHA DE REGISTRO DE INGRESO DE PERSONAL | | Registro | RH 004 |
| | | | Versión | 1 |
| | | | Fecha | Diciembre 2014 |
| | | | Página | 1 |

FICHA PERSONAL

A) DATOS PERSONALES *

| | | | | | |
|---------------------|--------|------------------------------------|--------------|----------------|----------|
| Nombre Completo: | | | | | |
| RUT N° | | Fecha de Nacimiento: | | Nacionalidad: | |
| Dirección: | | | | | |
| Distrito: | | Provincia: | | Teléfono Fijo: | |
| Celular Personal: | | Celular Trabajo: | | | |
| AFP / ONP | | Indicar comisión por Flujo o Saldo | | | |
| Estado Civil: | | Nombre completo del cónyuge: | | | |
| E-mail personal: | | E-mail Trabajo: | | | |
| Especifique Tallas: | Zapato | | Camisa/Blusa | | Pantalón |

| | | | | |
|---------------------|----|--|-------|--------|
| ¿Tiene Hijos? | SÍ | | NO | |
| Nombres y Apellidos | | | Edad: | año(s) |
| Nombres y Apellidos | | | Edad: | año(s) |
| Nombres y Apellidos | | | Edad: | año(s) |
| Nombres y Apellidos | | | Edad: | año(s) |

| | | | |
|--|--|------------|--------------|
| Contactos para comunicaciones en caso de emergencia: | | Tel. Fijo: | Tel. Celular |
| Nombre: | | | |
| Nombre: | | | |

| | | | | |
|--|----|--------|----|--|
| Tiene familiar(es) dentro de la Empresa: | SÍ | | NO | |
| En caso su respuesta sea afirmativa detalle: | | | | |
| Nombre: | | Cargo: | | |
| Nombre: | | Cargo: | | |

B) ANTECEDENTES ACADEMICOS Y PROFESIONALES

| | | | | |
|--|--|-----------------|--|---------------|
| Título / Profesión: | | | | |
| Institución: | | | | |
| Cursando Carrera: | | Año de Ingreso: | | Nacionalidad: |
| Institución: | | | | |
| Indicar N° de cuenta, código interbancario, Banco: | | | | |
| Indicar en que banco desea aperturar su cuenta de CTS: | | | | |

| | | | |
|---|---|----------|----------------|
|  | FICHA DE REGISTRO DE INGRESO DE PERSONAL | Registro | RH 004 |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha | Diciembre 2014 |
| | | Página | 2 |

FICHA INFORMATIVA

C) DATOS MÉDICOS ** (Para ser rellenado por el médico ocupacional)

| | | | |
|---|--|------------|--|
| Fecha de Examen Médico Pre Ocupacional (EMPO) | | Fecha : | |
| Clínica en la que se realizó el Examen Médico | | Protocolo: | |

| | |
|--------------------------------|--|
| CERTIFICADO de APTITUD: | |
| APTO | |
| APTO con Restricciones | |
| NO APTO | |

V°B° 1 - Área de Salud Ocupacional
 (Sello y firma)

Conclusiones y/o Recomendaciones: _____

D) OTROS (Para ser llenado por el Empleador)

| | |
|-------------------------|--|
| Tipo de Contrato: | |
| Fecha de Ingreso: | |
| Area: | |
| Cargo: | |
| Código del Puesto: | |
| Código de Contratación: | |

NOTA: Para validar el ingreso de personal nuevo, es obligatorio contar con **TODAS** las aprobaciones correspondientes (V°B°) y haber presentado la documentación solicitada para su contratación.

- El trabajador debe completar la sección A y asistir a su examen médico de ingreso, previa programación por el Área de Salud.
- El Área de Salud Ocupacional visará el informe médico de acuerdo al certificado de Aptitud (V°B° 1)
- El trabajador, obligatoriamente, asistirá a las capacitaciones programadas. El Área de Capacitación visará su asistencia (V°B°2)
- El Área de RR.HH visará el proceso de ingreso (V°B° 3) y el área de SST incluirá al trabajador en el registro vigente (V°B° 4)

En caso de que el trabajador se retire antes de los 30 días se aplicará el descuento correspondiente al valor de:

- Examen médico
- Curso certificado de Trabajos en Altura
- Cualquier otro examen que genere un costo durante el proceso

Firma del Trabajador

| | |
|--|--|
| V°B° 3 - Área de RR.HH (Sello y firma) | V°B° 4 - Área de SST (Sello y firma) |
|--|--|

| | | | |
|---|---|----------|----------------|
|  | FICHA DE REGISTRO DE INGRESO DE PERSONAL | Registro | RH 004 |
| | | Versión | 1 |
| | | Fecha | Diciembre 2014 |
| | | Página | 3 |

FICHA DE VERIFICACIÓN

DOCUMENTOS A ADJUNTAR POR TRABAJADOR

PARA TODOS LOS CASOS:

| | Entregó |
|--|---------|
| Certificado de Antecedentes Policial original | |
| Certificado de Antecedentes Penal original | |
| Fotocopia de Carnet de Identidad | |
| Fotocopia de licencia de conducir | |
| Foto Tamaño Carnet fondo blanco y/o digital | |
| Copia de Título Profesional o Técnico o Certificado de Egresado | |
| Certificado de Renta de 5ta Categoría | |
| Curriculum Vitae actualizado y documentado con copias, incluyendo certificados de trabajo | |
| Copia de RUT de dependientes | |
| Copia de Partida de Matrimonio Civil y/o Declaración Jurada Legalizada original de Convivencia | |

OBSERVACIONES:

| | | | | |
|---|---|--|----------|----------------|
|  | FICHA DE REGISTRO DE INGRESO DE PERSONAL | | Registro | RH 004 |
| | | | Versión | 1 |
| | | | Fecha | Diciembre 2014 |
| | | | Página | 4 |

FICHA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. DATOS GENERALES

| | | | | | |
|---------------------|--------|----------------------|------------------|---------------|----------|
| Nombre Completo: | | | | | |
| RUT N° | | Fecha de Nacimiento: | | Nacionalidad: | |
| Celular Personal: | | | Celular Trabajo: | | |
| E-mail personal: | | | E-mail Trabajo: | | |
| Especifique Tallas: | Zapato | | Camisa/Blusa | | Pantalón |

2. DATOS DE INDUCCIÓN Y/O CAPACITACIÓN

| | | | |
|---------------------|--|--------------------|--|
| FECHA DE INDUCCIÓN: | | | |
| Anexo A: | | Compromiso de SST: | |
| Anexo B: | | Entrega RISST: | |
| | | Entrega EPP: | |
| | | 1. Renovación EPP: | |
| | | 2. Renovación EPP: | |

V°B° 2 - Área de Capacitación y Entrenamiento
(Sello y firma)

| CAPACITACIONES ESPECÍFICAS: | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----|--|----|--|----|--------------|--|-------|--|
| Ergonomía | SÍ | | NO | | NA | Capacitador: | | Fecha | |
| 1ros Auxilios | SÍ | | NO | | NA | Capacitador: | | Fecha | |
| Trabajo en Altura | SÍ | | NO | | NA | Capacitador: | | Fecha | |
| Izaje de Cargas | SÍ | | NO | | NA | Capacitador: | | Fecha | |
| Bloqueo de Energías | SÍ | | NO | | NA | Capacitador: | | Fecha | |
| | SÍ | | NO | | NA | Capacitador: | | Fecha | |
| | SÍ | | NO | | NA | Capacitador: | | Fecha | |

| | | |
|--|--|--|
| Capacitación Específica N° 1 (Sello y firma del capacitador) | Capacitación Específica N° 2 (Sello y firma del capacitador) | Capacitación Específica N° 3 (Sello y firma del capacitador) |
| Tema: | Tema: | Tema: |

| | | |
|--|--|--|
| Capacitación Específica N° 4 (Sello y firma del capacitador) | Capacitación Específica N° 5 (Sello y firma del capacitador) | Capacitación Específica N° 6 (Sello y firma del capacitador) |
| Tema: | Tema: | Tema: |