1. **DATOS** **PERSONALES** **\***

# FICHA PERSONAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** | |  | | |

1. **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 INFORMATIVA

1. **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** |  |  |

**Conclusiones** **y/o** **Recomendaciones:**

**V°B°** **1** **-** **Área** **de** **Salud** **Ocupacional**

(Sello y firma)

1. **OTROS** **(Para** **ser** **llenado** **por** **el** **Empleador)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo** **de** **Contrato:** |  |
| **Fecha** **de** **Ingreso:** |  |
| **Área:** |  |
| **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.

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

**V°B°** **4** **-** **Área** **de** **SST**

(Sello y firma)

**V°B°** **3** **-** **Área** **de** **RR.HH**

(Sello y firma)

Firma del Trabajador

# 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 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** |  |

1. **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** |  |

Tema:

**Capacitación** **Específica** **N°** **1**

(Sello y firma del capacitador)

Tema:

**Capacitación** **Específica** **N°** **2**

(Sello y firma del capacitador)

Tema:

**Capacitación** **Específica** **N°** **3**

(Sello y firma del capacitador)

Tema:

**Capacitación** **Específica** **N°** **6**

(Sello y firma del capacitador)

Tema:

**Capacitación** **Específica** **N°** **5**

(Sello y firma del capacitador)

Tema:

**Capacitación** **Específica** **N°** **4**

(Sello y firma del capacitador)