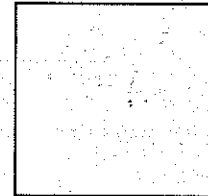




MUNICIPALIDAD DE
ATE



FICHA DE DATOS PERSONALES (CAS)

Fecha:

Cod. del Servidor

DEPENDENCIA:	<input type="text"/>		
CARGO / CATEGORÍA:	<input type="text"/>		
FECHA DE INGRESO:	<input type="text"/>	N° RESOLUCIÓN:	<input type="text"/>
FECHA DE CESE:	<input type="text"/>	TIEMPO DE SERVICIO:	<input type="text"/>

1. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento			
DD/MM/AA	Edad	Nacionalidad	Departamento	Provincia	Distrito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sexo	Grupo y Factor Sanguíneo (marque con una x)						Estatura			
Femenino	<input type="checkbox"/>	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-	O+	O-	<input type="text"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Indique la dirección de su domicilio

Av. (<input type="checkbox"/>) Calle (<input type="checkbox"/>) Jirón (<input type="checkbox"/>) Carretera (<input type="checkbox"/>) Plaza (<input type="checkbox"/>) Ovalo (<input type="checkbox"/>)	N° (<input type="checkbox"/>) Km (<input type="checkbox"/>) Mz. (<input type="checkbox"/>) Lt. (<input type="checkbox"/>) Interior (<input type="checkbox"/>) Dpto. (<input type="checkbox"/>) Pasaje (<input type="checkbox"/>) Block (<input type="checkbox"/>)		
Urb. (<input type="checkbox"/>) AA.HH. (<input type="checkbox"/>) Coop. (<input type="checkbox"/>) Asoc. (<input type="checkbox"/>)	Departamento	Provincia	Distrito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teléfono Fijo	Celular	DNI	Carnet de Identidad	Carné de Extranjería
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° de Pasaporte N° de Brevete

Estado Civil (marcar con X)

Soltero Casado Conviviente Divorciado Separado Viudo

Tiene discapacidad? SI No

Dcto. Ident. De Discapacidad

N° de Resolución Ejecutiva

Padece de alguna enfermedad/ alergia que implique ser conocida para recibir atención médica oportuna?

SI No Cual?

A QUE SISTEMA PROVISIONAL PERTENECE UD? AFP SNP Ninguno

De pertenecer a una AFP indique a cual?

Integra Horizonte Profuturo Prima

SOLO TRABAJADORES NUEVOS: Desearía afiliarse?

SI

NO

Indique a cual?

Integra

Horizonte

Profuturo

Prima

Percibe algún tipo de pensión? Indique cuál de ellas.

SI

NO

JUBILACIÓN

INVALIDEZ

SOBREVIVENCIA VIUDEZ

SOBREVIVENCIA ORFANDAD

SOBREVIVENCIA ASCENDIENTES

* Percibe usted otro ingreso de Quinta Categoría?

SI

NO

- En caso de emergencias avisar a:

Nombres y Apellidos Parentesco Teléfono Dirección

Nombres y Apellidos Parentesco Teléfono Dirección

Tiene algún familiar en la MUNICIPALIDAD SI

No

Indicar si es su cónyuge, familiar consanguíneo (padres, hijos, nietos, hermanos, primos, tíos, sobrinos) o a fin (cuñados y/o suegros)

Apellidos y Nombres	Parentesco	Cargo	Gerencia/Jefatura	Plantel

2. EXPERIENCIA LABORAL

Indique los 3 últimos empleos, empezando por el último

Nombre de la Empresa	Puesto o Cargo	Area	Desde	Hasta	Motivo de Cambio

Nombre de la Empresa	Puesto o Cargo	Area	Desde	Hasta	Motivo de Cambio

Nombre de la Empresa	Puesto o Cargo	Area	Desde	Hasta	Motivo de Cambio

3. HISTORIAL ACADÉMICO

Grado de Instrucción	Concluida		Centro de Estudios	Año de Inicio	Año de Término
	Si	No			
Primaria					
Secundaria					
Superior Técnico					
Superior Universitario					

Situación del grado Superior Técnico

Situación (marcar con X)			Nombre de la Especialidad	Fecha que opta el Nivel
Incompleto	Egresado	Titulado		

Situación del nivel Superior Universitario

Situación (marcar con X)			Nombre de la Especialidad	Fecha que opta el Nivel
Egresado	Bachiller	Titulado		

Colegiatura

Nro de Colegiatura	Fecha de Otorgamiento	Departamento	Provincia

Actividades de Desarrollo

Grados	Concluida		Obtuvo el Grado		Centro de Estudios	Año de Inicio	Año de Término
	Si	No	Si	No			
Maestría 1							
Maestría 2							
Doctorado 1							
Doctorado 2							

Actividades de Perfeccionamiento : Indique los cursos de Post Grado y/o Programas de Especialización que haya cursado y culminado los últimos 5 años.

Nombre del Curso de Post Grado y/o Especialización	Centro de Estudios	Fecha de Inicio	Fecha de Término

Actividades de Capacitación y Actualización : Indique los Seminarios, Talleres, Pasantía, Conferencias, Mesas Redondas, Congreso, Panel, Forum, Simposios u otros que haya cursado y culminado los últimos 2 años.

Nombre del Evento de Actualización	Centro de Estudios	Fecha de Inicio	Fecha de Término

SOLO PARA TRABAJADORES DE LA MUNICIPALIDAD : Indique los eventos de capacitación interna que haya cursado en los últimos 2 años

Nombre del Curso	Centro de Estudios	Fecha de Inicio	Fecha de Término

IDIOMAS	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés			
Francés			
Alemán			
Otros			

SÓLO PARA TRABAJADORES DE LA MUNICIPALIDAD : Indique los últimos cargos desempeñados en la Municipalidad NO Considere el Cargo Actual

Período (en años)		Puesto o Cargo	Centro de Trabajo	Motivo de Cambio
Desde	Hasta			

4. DATOS DE LOS FAMILIARES

Datos de (marcar con X)

Casado

Conviviente

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres Completos

Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento DD/MM/AA	DNI/ RUC/ PASAPORTE CE / P. NACIMIENTO	N.º P. MATRIMONIO	MUNICIP. QUE EMITE PARTIDA
			Nº		

Grado de Instrucción

Ocupación

Indique Dirección solo si, NO vive en el mismo domicilio del trabajador.

Direcc:

Distrito: Provincia Departamento

Datos de los hijos (as)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres Completos	Edad

Sexo	Fecha de Nacimiento DD/MM/AA	Nº Partida de Nacimiento y/o DNI	MUNICIP. QUE EMITE PARTIDA	Ocupación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres Completos	Edad

Sexo	Fecha de Nacimiento DD/MM/AA	Nº Partida de Nacimiento y/o DNI	MUNICIP. QUE EMITE PARTIDA	Ocupación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres Completos	Edad

Sexo	Fecha de Nacimiento DD/MM/AA	Nº Partida de Nacimiento y/o DNI	MUNICIP. QUE EMITE PARTIDA	Ocupación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres Completos	Edad

Sexo	Fecha de Nacimiento DD/MM/AA	Nº Partida de Nacimiento y/o DNI	MUNICIP. QUE EMITE PARTIDA	Ocupación

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres Completos		Edad	
Sexo	Fecha de Nacimiento DD/MM/AA	N° Partida de Nacimiento y/o DNI		MUNICIP. QUE EMITE PARTIDA		Ocupación	

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres Completos		Edad	
Sexo	Fecha de Nacimiento DD/MM/AA	N° Partida de Nacimiento y/o DNI		MUNICIP. QUE EMITE PARTIDA		Ocupación	

Datos de los padres

	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento	Vive	Edad	Ocupación
Padre					
Madre					

5. DATOS DE LA VIVIENDA

Tipo

Casa independiente

Departamento en Edificio

Quinta

Callejón

Cuarto dentro de una casa

Otro

Cual ? _____

Tenencia

Propia

Alquilada

Alojado

Alquiler venta

Invasión

Guardiania

Otro

Cual ? _____

Material de Construcción

Concreto

Adobe

Prefabricado

Quincha

Estera

Calamina

Otro

Cual ? _____

Servicios

	SI	NO	TIPO
Luz			
Agua			
Desague			
Teléfono			
Cable			
Otros			

Presupuesto: Cuánto Asigna para Gastos De:

Vivienda S / . _____

Alimentos S / . _____

Salud S / . _____

Otros S / . _____

6. ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, DEPORTIVAS Y RECREATIVAS (Señalar con X donde corresponda)

Qué deportes practica? Qué actividades artísticas practica? Cuáles son sus pasatiempos?

Fútbol

Voley

Basquet

Natación

Gimnasia

Otro

Cual ? _____

Danza

Teatro

Canto

Música

Pintura

Otro

Cuál ? _____

Lectura

Viajes de Turismo

Manualidades

Cine

Jardinería

Otro

Cual ? _____

¿Pertenece a alguna Asociación o Club? Si No Cual ? _____

Club

Asociación

Institución Cultural

Parroquia

Otro

7. DECLARACIÓN JURADA

De conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Yo _____ Identificado con DNI _____

Declaro bajo juramento que los datos considerados en el presente formato, expresan la verdad de la información proporcionada a la Municipalidad de Ate, sometiéndome a las sanciones a que hubiera lugar en caso de adulteración de datos o de incurrir en falsedad.

Firma del Servidor

Huella Digital

Adjuntar:

- 1.- 01 copia del DNI fotocopiado ambos lados en la misma hoja
- 2.- 01 foto tamaño carnet en fondo blanco
- 3.- Copia de certificados de estudio, Bachiller, Título, otros
- 4.- Copia de los certificados de estudio,
- 5.- Copia de partida de nacimiento de los hijo * (menores de edad y/o discapacitados)
- 5.- Copia de la partida de matrimonio*
- 7- Copia del DNI de la conyuge y/o conviviente *
- 8- En caso de Afiliación a una AFP adjuntar formato firmado por ambas caras y 01 copia del DNI

* Cuando corresponda



Municipalidad Distrital de Ate
Oficina General de Administración
Oficina de Personal

INDICAR SI ALGUN PARIENTE TRABAJA EN LA MUNICIPALIDAD (INDICAR EL NOMBRE)

PADRES		TÍOS	
HIJOS		SOBRINOS	
ABUELOS		PRIMOS	
NIETOS		SUEGRO (A)	
HERMANOS		CUÑADO (A)	
ESPOSO (A)			

ASPECTO DE SALUD

MENCIONE LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO

ACTUALMENTE PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA

GRUPO Y TIPO SANGUINEO: _____ TALLA: _____ cm. PESO: _____ kg.

TIENE ALERGIA ALGUN MEDICAMENTO _____

ASPECTO DE VIVIENDA

A) UBICACIÓN INVASIÓN	<input type="checkbox"/>	B) TENENCIA PROPIA	<input type="checkbox"/>	C) TIPO INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	D) ESTADO DE VIVIENDA CONSTRUIDA	<input type="checkbox"/>	E) MATERIAL CONSTRUCC NOBLE	<input type="checkbox"/>
A.A.H.H	<input type="checkbox"/>	ALQUILADA	<input type="checkbox"/>	EDIFICIO	<input type="checkbox"/>	SEMICONSTRUIDA	<input type="checkbox"/>	ADOBE	<input type="checkbox"/>
ASOC. VIVIENDA	<input type="checkbox"/>	DE FAMILIA	<input type="checkbox"/>	CALLEJÓN	<input type="checkbox"/>	EN CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>	QUINCHA	<input type="checkbox"/>
URBANIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>	CUARTOS	<input type="checkbox"/>			ESTERAS	<input type="checkbox"/>

SERVICIOS BASICOS

	SI	NO		SI	NO
AGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LUZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESAGÜE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TELEFONO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTERNET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de emergencia llamar a: _____ Grado de parentesco _____

Teléfono N° _____ dirección _____

ASPECTO ECONÓMICO

Ingreso mensual	S/. _____	GASTOS	S/. _____
OTROS HABERES	S/. _____	ALIMENTOS	S/. _____
TOTAL	S/. _____	VIVIENDA	S/. _____
		EDUCACIÓN	S/. _____
		SERVICIOS	S/. _____
		OTROS	S/. _____
		TOTAL	S/. _____

FIRMA

DÍA	MES	AÑO

