



FICHA DE PERSONAL

Código: OSF-RH-FT-11

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 28/11/2022

FECHA DE INGRESO:	17/02/2025	TIPO DE PUESTO:	EMPLEADO
CARGO:	JEFE DE MANTENIMIENTO - ZONA NORTE	ÁREA:	MANTENIMIENTO PLANTA PAITA
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIO CÉSAR LEYVA ESPINO		
DIRECCION	URB. LOS TALLANES BLOCK 12 DEPARTAMENTO 201 MZ. LT.		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	TRUJILLO - 08/11/1976		
EMAIL:	jleyvae226@gmail.com		
CELULAR:	926743093		
D.N.I.:	05640045	ESTADO CIVIL:	CASADO

INFORMACIÓN ACADEMICA

UNIVERSIDAD, INSTITUTO O C.E.:	UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA		
GRADO DE ESTUDIOS:	UNIVERSITARIA COMPLETA	PROFESIÓN:	INGENIERÍA PESQUERA

DATOS FAMILIARES

Personas que dependen de Usted. En caso de hijos, considerar los menores de

CÓNYUGE	ROLISA ZARELA CARMEN CRISANTO	FECHA DE NACIMIENTO:	20/12/1979
HIJO MENOR DE EDAD	JOAQUÍN IGNACIO LEYVA CARMEN	FECHA DE NACIMIENTO:	23/11/2013

VIVIENDA: (Marque con un aspa "X")

PROPIA: ARRENDADA: OTROS:

BIENES MUEBLES E INMUEBLES: (Describa)

VIVIENDA DE MIS PADRES

DE LOS PARIENTES:

MADRE	ROSA ISABEL ESPINO INOSTROZA	OCUPACIÓN:	SU CASA
-------	------------------------------	------------	---------

LLAMAR EN EMERGENCIA

ROLISA ZARELA CARMEN CRISANTO

TELÉFONO:

963307925

ELECCIÓN DE ENTIDAD DEPOSITARIA CTS:

1. Entidad Financiera:

OTROS

2. MONEDA: SOLES DÓLARES

Nota: Certifico que la información aquí suministrada es verdadera y podrá ser verificada en cualquier momento por la empresa. Así mismo estoy dispuesto a brindar una ampliación de cualquier aspecto de los datos registrados.

1.- Antecedentes: Declaro no registrar antecedentes penales, policiales y judiciales, gozar de buena salud física, mental y no tener inhabilitación administrativa con el Estado.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Art.411 del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al Art. 32 de la ley N° 27444, Ley del procedimiento administrativo General.

2.- Pruebas toxicológicas: Declaro NO CONSUMIR NINGUN TIPO DE SUSTANCIA TOXICOLÓGICA.

Autorizo a OCEANO SEAFOOD S.A, a efectuar cualquier tipo de Análisis y pruebas toxicológicas, en el momento que estime conveniente. Así mismo declaro conocer que para el tipo de labor requerida por la Empresa OCEANO SEAFOOD S.A., es necesario contar con un excelente estado mental, es por ello que el hacer uso de sustancias toxicológicas automáticamente generará someterme a las sanciones y/o medidas que la empresa estime otorgarme.

3.- Protección de datos personales: Otorgo a la empresa toda la información solicitada, para las investigaciones correspondientes previas al ingreso y mantenimiento del personal cuando me encuentre laborando, por lo que la empresa me garantiza y se compromete a guardar la confidencialidad de la información brindada.



Huella digital pulgar derecho



Huella digital índice derecho



Huella digital medio derecho



Huella digital anular derecho



Huella digital meñique derecho



Huella digital pulgar izquierdo



Huella digital índice izquierdo



Huella digital medio izquierdo



Huella digital anular izquierdo



Huella digital meñique izquierdo

FIRMA DEL TRABAJADOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA

RESPONSABLE DE RRHH:

NOMBRE:

FECHA:

CARGO:

FIRMA:
