

FECHA DE INGRESO:	03/04/2023	TIPO DE PUESTO:	EMPLEADO
CARGO:	ASISTENTE DE CONTABILIDAD	ÁREA:	CONTABILIDAD PAITA
NOMBRES Y APELLIDOS:	KARIM MEYLIN APONTE YARLEQUE		
DIRECCION	A.H. TABLAZO MZ. CH LT. 21		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	PAITA - 19/03/1994		
EMAIL:	Karimmeylinaponteyarleque@gmail.com		
CELULAR:	925305011		
D.N.I.:	71477848	ESTADO CIVIL:	SOLTERO

**INFORMACIÓN ACADÉMICA**

UNIVERSIDAD, INSTITUTO O C.E.:	UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA		
GRADO DE ESTUDIOS:	TITULADO	PROFESIÓN:	CONTADOR PUBLICO

**VIVIENDA:** (Marque con un aspa "X")

PROPIA:	<input checked="" type="checkbox"/>	ARRENDADA:	<input type="checkbox"/>	OTROS:	<input type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------	------------	--------------------------	--------	--------------------------

**BIENES MUEBLES E INMUEBLES:** (Describa)

--

**DE LOS PARIENTES:**

<b>PADRE</b>	SEGUNDO FRANCISCO APONTE PANTA	<b>OCUPACIÓN:</b>	INDEPENDIENTE
<b>MADRE</b>	MERCEDES YARLEQUE CHERRES	<b>OCUPACIÓN:</b>	AMA DE CASA
<b>HERMANO</b>	ALEX RONALD APONTE YARLEQUE	<b>OCUPACIÓN:</b>	INGENIERO CIVIL
<b>HERMANO</b>	ANA CECILIA APONTE YARLEQUE	<b>OCUPACIÓN:</b>	DOCENTE

LLAMAR EN EMERGENCIA

MERCEDES YARLEQUE CHERRES

TELÉFONO:

985511881

**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:

---