

FECHA DE INGRESO: 22/11/2019

TIPO DE PUESTO: EMPLEADO

CARGO: ANALISTA DE DESARROLLO DE SISTEMAS

ÁREA: TI SURCO

NOMBRES Y APELLIDOS: EDUARDO GUSTAVO SEGURA QUESQUEN

DIRECCION: URB. PROVIVIENDA VILLAS DE OQUENDO MZ. B13 LT. 15

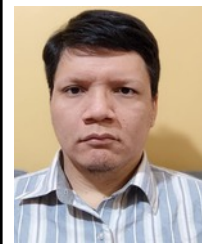
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: CALLAO - 15/07/1981

EMAIL: eduardo.segura@osf.pe

CELULAR: 940387412

D.N.I.: 41518325

ESTADO CIVIL: SOLTERO

**INFORMACIÓN ACADEMICA**

UNIVERSIDAD, INSTITUTO O C.E.: UNPRG

GRADO DE ESTUDIOS: GRADO DE BACHILLER

PROFESIÓN: INGENIERIA DE SISTEMAS

DATOS FAMILIARES

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

HIJO MENOR DE EDAD: ASTRID CAROLINA SEGURA CHAVEZ

FECHA DE NACIMIENTO: 11/11/2017

HIJO MENOR DE EDAD: ABIGAIL MARISELA SEGURA CHAVEZ

FECHA DE NACIMIENTO: 25/01/2012

CONCUBINA(O): MARISELA CHAVEZ RODRIGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO: 05/12/1978

VIVIENDA: (Marque con un aspa "X")PROPIA: ARRENDADA: OTROS: **BIENES MUEBLES E INMUEBLES:** (Describa)

CASA

DE LOS PARIENTES:

MADRE: ROSALIA RAMOS ANASTACIO

OCUPACIÓN:

HERMANO: GUSTAVO INGA RAMOS

OCUPACIÓN:

PADRE: MIGUEL INGA PAZ

OCUPACIÓN:

LLAMAR EN EMERGENCIA

KAROL CHAVEZ

TELÉFONO:

987654321

ELECCIÓN DE ENTIDAD DEPOSITARIA CTS:

1. Entidad Financiera:

INTERAMERICANO FINANZAS

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:
