

PLANILLA INTEGRAL DEL TRABAJADOR UNIVERSITARIO ORDINARIO Y CONTRATADO

Fecha

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR (A)

Apellidos y Nombres :		Cédula de Identidad:	
Dirección Residencia :			
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :	
Grupo Sanguíneo:	Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo ___		
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:		
Posee una Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique código CONAPDIS:		
Especifique Discapacidad:			
Tiene algún Tratamiento Permanente (Especifique patología y medicamento):			
N° de Cuenta (20 dígitos)	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	
<input type="text"/>	Cotiza S.S.O.: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Talla de Camisa:	
<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Entidad Bancaria: _____		Talla de Pantalón:
			Talla de Zapato:

Apellidos y Nombres del Conyuge :	Cedula:
Donde Trabaja el Conyuge:	Teléfono:

DATOS LABORALES

Condición: Ordinario ___ Contratado ___	Tipo de Personal: Administrativo ___ Obrero ___ Docente ___
Dedicación: Exclusiva ___ Tiempo Completo ___ Medio Tiempo ___ Tiempo Convencional ___	
Cargo Actual:	Nivel / Categoría:
Desempeña otro Trabajo Remunerado: Si ___ No ___	Especifique Institución/Empresa:
Fecha del Último Ascenso:	N° de Resolución CD:
Vice-rectorado:	Programa/Unidad de Adscripción:
Municipio:	Ambiente:

ESTUDIOS REALIZADOS DEL TRABAJADOR (A)

	Instituto	Titulo Obtenido :	Fecha de Graduación
Bachillerato <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Técnico <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tecnológico <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Universitario <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Postgrado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Otros <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

EXPERIENCIA LABORAL EN OTROS ORGANISMOS O INSTITUCIONES

Nombre del Organismo;	Desde	Hasta
Nombre del Organismo;	Desde	Hasta
Nombre del Organismo;	Desde	Hasta
Nombre del Organismo;	Desde	Hasta

PLANILLA INTEGRAL DEL TRABAJADOR UNIVERSITARIO ORDINARIO Y CONTRATADO

CARGA FAMILIAR DEL TRABAJADOR (A)

No.	Nombre	Apellido	Discapacidad		Parentesco	Fecha Nacimiento			Edad	Nivel Educativo			
			SI	NO		Día	Mes	Año		Escolar	Primaria	Secundaria	Universidad
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

Indique la Discapacidad:

En caso de ser padre/madre en común que laboran en la UNELLEZ, indique datos del padre/madre:

Cedula:

Nombre y Apellido:

BENEFICIOS QUE TIENE EL TRABAJADOR (A)

Beneficio	Requisitos Entregados	Si lo percibe	No lo percibe	Solicita el Beneficio
Ayuda por Fallecimiento	Certificado de Defunción. Documentos probatorios de filiación en caso de no estar en el HCM.			
Aporte por Nacimiento	Partida de Nacimiento o Certificado de Nacimiento.			
Prima Hogar				
Prima por hijo	Partida de Nacimiento.			
Prima para Hijos con Discapacidad	Partida de Nacimiento. Certificado del CONAPDIS. Informe del médico actualizado			
Centro de Educación Inicial / Ayuda por Guardería	Constancia de Inscripción . Factura Original a nombre de la UNELLEZ. Nombre del banco y número de cuenta del Centro Educativo. Acta de Registro Mercantil del Centro Educativo. Inscripción ante el Ministerio de Educación.			
Becas y Útiles Escolares	Constancia de Inscripción o de estudio			
Ayuda por Lentes y Cristales	Factura original a nombre del titular. Informe Medico. Formula oftalmológica indicada.			
HCM	Planilla de HCM con soporte según sea el caso de la Inclusión, Exclusión o Indemnización			
Cesta Ticket				
Ayuda por Matrimonio	Acta de Matrimonio.			

EN EL CASO DE TENER DEMANDA POR PENSIÓN ALIMENTICIA INDICAR:

Nombres y Apellidos del Beneficiario:

Cédula de Identidad:

Número de Cuenta (20 dígitos):

Entidad Bancaria:

Observaciones:

La anterior información es solicitada con el fin de actualizar nuestros registros de Personal. Por la importancia de estos datos, requerimos que éste formato sea llenado con letra imprenta legible.

Para validar la información y tener la garantía que es verídica se deben anexar soportes probatorios. Igualmente el trabajador (a) se compromete a actualizar esta información en el momento en que se presente algún cambio y su compromiso en que todos los datos suministrados son fidedignos y apegados a la realidad.

Firma del Trabajador (a)