

## FICHA DE INFORMACIÓN SOCIO ECONÓMICA

El presente documento tiene como finalidad conocer algunos aspectos socio-económicos de quienes desean formar parte de nuestra comunidad universitaria, por ello te solicitamos que completes la siguiente información, con carácter de declaración jurada.

### I. DATOS GENERALES

Apellido Paterno								
Apellido Materno								
Nombres								
D.N.I.					C.E.			
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):			Edad			Sexo	M	F
Departamento		Provincia			Distrito			
Domicilio donde radica o vive el postulante								
Referencia								
Correo electrónico								
Teléfono Celular								
Contacto de emergencia (Nombre)					Teléfono			

### II. DATOS FAMILIARES (Marcar los espacios con X según sea el caso)

Actualmente vive con:

Padre		Madre		Ambos padres	
Padre y hermanos		Hermanos		Parientes	
Tutor o apoderado		Amigos		Pensión	

### II.I DATOS DEL PADRE

Nombres y Apellidos			D.N.I.	
Edad			R.U.C.	
Fecha de Nacimiento			Grado de instrucción	
Estado Civil			Profesión u oficio	
<b>Trabajo del padre (Situación laboral) (Marcar los espacios con X según sea el caso)</b>				
Con trabajo profesional dependiente		Con trabajo no profesional independiente		
Con trabajo profesional independiente		Cesante o jubilado		
Con trabajo no profesional dependiente		Desempleado / sin actividad laboral		

Centro de trabajo	Cargo-tiempo de servicios	Ocupación principal	Trabajo Actual

#### En caso de ser cesante o jubilado

Centro de trabajo donde laboró		Fecha de cese	
--------------------------------	--	---------------	--

## II.II DATOS DE LA MADRE

Nombres y Apellidos		D.N.I.	
Edad		R.U.C.	
Fecha de Nacimiento		Grado de instrucción	
Estado Civil		Profesión u oficio	
<b>Trabajo del padre (Situación laboral)</b> (Marcar los espacios con X según sea el caso)			
Con trabajo profesional dependiente		Con trabajo no profesional independiente	
Con trabajo profesional independiente		Cesante o jubilado	
Con trabajo no profesional dependiente		Desempleado / sin actividad laboral	

Centro de trabajo	Cargo-tiempo de servicios	Ocupación principal	Trabajo Actual

### En caso de ser cesante o jubilado

Centro de trabajo donde laboró		Fecha de cese	
--------------------------------	--	---------------	--

## II.III HERMANOS DEPENDIENTES

Nombre	Edad	Grados Instrucción	Colegio/Universidad u otro centro de estudios

## II.IV DATOS DEL ALUMNO INDEPENDIENTE

Centro de trabajo	Cargo-tiempo de servicios	Ingresos

## III. INGRESOS/ EGRESOS FAMILIARES

Ingreso Neto Total	Padre	Madre	Tutor / Institución	Alumno
1. Sueldos y/o Salario				
2. Honorarios Profesionales				
3. Pensión Jubilación o cesantía				
4. Empresas y otros negocios				
5. Rentas de inmuebles				
6. Intereses bancarios				
7. Consultorías				

8. Utilidades				
9. Otros ingresos				
Egresos mensuales (aprox.)	Padre	Madre	Tutor / Institución	Alumno
1. Alimentación				
2. Préstamo de vivienda				
3. Alquiler				
4. Educación				
5. Deudas Bancarias				
6. Transporte				
7. Vestido				
8. Servicios: agua, luz, teléfono, otros				
9. Salud				
10. Otros				
Observaciones				

Propiedades o inmuebles aparte de la vivienda donde habita (terrenos, departamentos, casas, otros)		
Propiedad	Ubicación	Uso

Posee vehículos	SI	NO
-----------------	----	----

En caso que la respuesta anterior sea afirmativa			
Año	Marca	Uso	

#### IV. VIVIENDA

La vivienda en que reside es: (Marcar con X)

<input type="checkbox"/>	Propia	<input type="checkbox"/>	Alquilada	<input type="checkbox"/>	Alojada	<input type="checkbox"/>	Otro(especificar)
--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------------

Estado de construcción (Marcar con X)							
<input type="checkbox"/>	Material noble terminado	<input type="checkbox"/>	Material noble en construcción	<input type="checkbox"/>	De adobe o quincha	<input type="checkbox"/>	De material precario

#### V. SALUD

**ALUMNO: (Marcar con X)**

¿Qué tipo de seguro tiene?									
<input type="checkbox"/>	ESSALUD	<input type="checkbox"/>	EPS (Rimac, Pacífico, La Positiva, etc.)	<input type="checkbox"/>	Plan Familiar	<input type="checkbox"/>	SIS	<input type="checkbox"/>	Privado
Especificar la institución prestadora de atención medica									

## FAMILIA

Indique que problemas de salud existen y a qué miembro de la familia afectan:

En caso de seguir tratamiento médico:

¿Dónde sigue el tratamiento? Seleccione una de las siguientes opciones

<input type="checkbox"/>	Clínica	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input type="checkbox"/>	EsSalud	<input type="checkbox"/>	Medica particular
<input type="checkbox"/>	Cuenta con seguro particular	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO		

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE  
DECLARACIÓN JURADA Y LA DOCUMENTACION ADJUNTA QUE PRESENTO SEGÚN EL CASO, SE  
AJUSTA ESTRICTAMENTE A LA VERDAD**

1. De conformidad con la ley N° 29733 de Protección de Datos Personales, doy mi consentimiento y autorizo previa, libre y expresamente a la Universidad para que los datos recopilados en esta ficha sean utilizados para fines académicos, de postulación y/o matrícula a la Universidad.
2. Doy mi consentimiento y autorizo previa, libre y expresamente a la Universidad para, de ser necesario, obtenga información de centrales de riesgo respecto a mi condición financiera y/o bancaria (Ley 26702 de la SBS y AFP - Arts. 158° al 160°).
3. Como titular de mis datos personales, declaro tener conocimiento que puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como revocar mi consentimiento para el uso de mis datos ante la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, con domicilio en Av. Paso de los Andes 970, Pueblo Libre, Lima-Perú.

.....  
Firma del alumno

.....  
Firma del Padre o Tutor

Pueblo Libre \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 .....