



Colegio de Psicólogos del Perú

Consejo Directivo Regional I Lima

FICHA DE INFORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

Estimado postulante:

El presente documento tiene como finalidad conocer algunos aspectos socio-económicos de quienes desean acceder al bono de **PROFESIONAL INDEPENDIENTE**, por ello solicitamos que complete la siguiente información y nos la haga llegar al mismo correo desde donde se emitió.

I. DATOS GENERALES DEL POSTULANTE (Marcar los espacios con X según sea el caso)

1.1 Apellidos y Nombres del Postulante

| | | |
|---------|------------------|------------------|
| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|---------|------------------|------------------|

1.2 Fecha de Nacimiento

| | | | |
|----------|------|-----------|----------|
| dd/mm/aa | Edad | Masculino | Femenino |
| | | Sexo | |

1.3 Lugar de Nacimiento:

| | | |
|----------|-----------|--------------|
| Distrito | Provincia | Departamento |
|----------|-----------|--------------|

1.4 Documento de Identidad:

| | | | |
|--------|------|----------------|-------------|
| D.N.I. | L.M. | C. Extranjería | Otro: _____ |
|--------|------|----------------|-------------|

1.5 Número del Documento de Identidad: _____

1.6 Numero de R.U.C.: _____ 1.6.1 Correo Electrónico: _____

1.7 Domicilio donde radica o vive el postulante:

| | |
|-----------|----------|
| Dirección | Distrito |
|-----------|----------|

1.8 Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

1.9 Número de Colegiatura: _____

1.10 En el caso que el postulante sea de provincia o extranjero, colocar domicilio familiar:

| | | |
|-----------|--------|------|
| Dirección | Ciudad | País |
|-----------|--------|------|

1.11 Teléfono Familiar: _____ Teléfono celular de familiar: _____

1.12 Referencia de cómo llegar al domicilio familiar:

| |
|--|
| |
|--|

 Usted está en suspensión perfecta de labores. Usted es Independiente Realiza SERUM equivalente

II. DATOS FAMILIARES

2.1 Actualmente vive con:

| | | | | | |
|----------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Padre | <input type="checkbox"/> | Madre | <input type="checkbox"/> | Ambos padres |
| <input type="checkbox"/> | Padres y hermanos | <input type="checkbox"/> | Hermanos | <input type="checkbox"/> | Parientes |
| <input type="checkbox"/> | Esposo/Esposa | <input type="checkbox"/> | Esposo/sa/hijos | <input type="checkbox"/> | Pensión (Solo) |
| Otros (especificar): _____ | | | | | |

2.2 ¿Sus padres tienen a su cargo a otros miembros de su familia?

| |
|--|
| |
|--|

2.3 Número de hijos:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1) | <input type="checkbox"/> | 2) | <input type="checkbox"/> | 3) | <input type="checkbox"/> | 4) | <input type="checkbox"/> | 5 o más) |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----------|

2.3.1 Edades y fecha de nacimiento:

- a) (...../...../.....)
b) (...../...../.....)
c) (...../...../.....)
d) (...../...../.....)
e)

III. VIVIENDA

(Marcar con x)

3.1 La vivienda en que reside es:

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Propia | <input type="checkbox"/> | b) Alquilada | <input type="checkbox"/> | c) Alojada | <input type="checkbox"/> | d) Otros |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|

3.2 Cuenta con servicios de:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Agua y desagüe | <input type="checkbox"/> | b) Luz | <input type="checkbox"/> | c) Cable | <input type="checkbox"/> | d) Internet | <input type="checkbox"/> | e) Teléfono |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|

3.3 La vivienda la constituye una:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | a) Casa | <input type="checkbox"/> | b) Departamento | <input type="checkbox"/> | c) Interior | <input type="checkbox"/> | d) Vivienda | <input type="checkbox"/> | e) Lote |
|--------------------------|---------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|

IV. SALUD

4.1 ¿Ud. es Persona con Discapacidad - PCD?

| | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | a) No | <input type="checkbox"/> | b) Si |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|

4.2 Si la respuesta es a positiva, indique el tipo de discapacidad:

| | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | a) Física | <input type="checkbox"/> | b) Sensorial | <input type="checkbox"/> | c) Mental |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|

4.3 Recibe tratamiento para discapacidad:

| | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | a) No | <input type="checkbox"/> | b) Si |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|

4.4 Si la respuesta es a positiva, ¿Dónde?:

| |
|--|
| |
|--|

4.5 ¿Cuenta con seguro médico?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------|--------------------------|--------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | a) Essalud | <input type="checkbox"/> | b) EPS (Rimac, Pacífico, La Positiva, etc) | <input type="checkbox"/> | c) Plan Familiar | <input type="checkbox"/> | d) SIS | <input type="checkbox"/> | d) Privado | <input type="checkbox"/> | c) ninguno |
|--------------------------|------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------|--------------------------|--------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|

Especificar la institución prestadora de atención médica:

| |
|--|
| |
|--|

IV. DATOS ECONÓMICOS

4.1 ¿Depende económicamente de sus padres?

| | | | | | | |
|-------|--|-------|--|-----------------------|--|--|
| a) Sí | | b) No | | c) Otro (especificar) | | |
|-------|--|-------|--|-----------------------|--|--|

4.2 Si depende de sus padres, consigne los siguientes datos

| | |
|---|--|
| Nombre del Padre | |
| Edad | |
| Ocupación o cargo | |
| Centro de trabajo | |
| Giro de la empresa | |
| Situación laboral (dependiente/ independiente) | |
| Modalidad de pago (quincenal/mensual) | |

| | |
|---|--|
| Nombre de la Madre | |
| Edad | |
| Ocupación o cargo | |
| Centro de trabajo | |
| Giro de la empresa | |
| Situación laboral (dependiente/ independiente) | |
| Modalidad de pago (quincenal/mensual) | |

4.3 Si usted no depende económicamente de sus padres o apoderados:

| | |
|--|--|
| a. Actividad económica que desarrolla | |
| b. Empresa o institución donde labora | |
| c. Cargo que desempeña | |
| d. Situación laboral (dependiente/ independiente) | |
| e. Modalidad de contrato | |
| f. Modalidad de pago (quincenal/mensual) | |
| g. Otro aspecto que desea expresar | |

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

| Propiedad | Ubicación | Uso |
|-----------|-----------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |

4.5 ¿Posee vehículos?

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| a) No | | b) Si | |
|-------|--|-------|--|

V ACTIVIDAD COMERCIAL: Si usted tiene un negocio propio

5.1 Razón Social de la Empresa:

5.1.1 Local de la empresa:

| | |
|-----------|--------------|
| a) Propio | b) Alquilado |
|-----------|--------------|

5.2 Registro Único del Contribuyente (RUC):

| |
|--|
| |
|--|

5.3 Años Funcionando:

| |
|--|
| |
|--|

5.4 Dirección de la empresa:

| |
|--|
| |
|--|

5.5 Teléfono de la empresa:

| |
|--|
| |
|--|

5.6 Participación del padre / madre / otro familiar:

| |
|--|
| |
|--|

5.7 Giro del negocio:

| |
|--|
| |
|--|

5.8 Número de trabajadores:

| |
|--|
| |
|--|

5.9 Ingresos mensuales:

| |
|--|
| |
|--|

VI INGRESOS / EGRESOS FAMILIARES

| Ingreso Neto Total | Padre | Madre | Esposo / Esposa | Postulante |
|----------------------------------|-------|-------|-----------------|------------|
| 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 | Esposo / Esposa | Postulante |
|--|-------|-------|-----------------|------------|
| 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:

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

Consentimiento: Autorizo previa, libre y expresamente para que los datos recopilados en esta ficha sean solamente utilizados para profesionales de postulación al bono profesional, ello en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 29733 de Protección de Datos Personales

Firma del Profesional
C.Ps.P N° _____

Lima _____ de _____ del 20 _____