



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
SECCIÓN DE REGISTRO DE PERSONAL

Documentos de Ingreso

NIVEL ACADÉMICO:	TÉCNICO MEDIO		TÉCNICO SUPERIOR		LICENCIATURA	
PROFESIÓN						

NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO: _____

N°	REQUISITOS INDISPENSABLES	PRESENTO	NO PRESENTO	OBSERVACIONES
1	2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET FONDO ROJO	SI	NO	
2	LLENADO DEL HISTORIAL PERSONAL	SI	NO	
3	CURRICULUM VITAE DEBIDAMENTE RESPALDADO (Originales y copias fotostática para su respectiva verificación y devolución de originales)	SI	NO	
4	CÉDULA DE IDENTIDAD (3 Copias Fotostáticas)	SI	NO	
5	LIBRETA DE SERVICIO MILITAR (Si fuera varón)	SI	NO	
6	CERTIFICADO DE NACIMIENTO	SI	NO	
7	CERTIFICADO DE MATRIMONIO Y/O LIBRETA DE FAMILIA (Si fuera casado (a))	SI	NO	
8	CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE HIJOS (AS) (Si los tuviera en original y copia fotostática)	SI	NO	
9	CERTIFICADO DE SIPPASE	SI	NO	
10	CERTIFICADO DE REJAP	SI	NO	
11	NÚMERO N.U.A. ó C.U.A. EMITIDO POR LAS AFP's	SI	NO	
12	DECLARACIÓN JURADA DE BIENES Y RENTAS (3 Copias Fotostáticas)	SI	NO	
13	DOCUMENTACIÓN RECEPCIONADA Y DEVUELTA (original)	SI	NO	

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES QUE FIGURAN EN ESTE FORMULARIO SON VERACES, EXACTAS Y COMPLETAS. SOY CONSCIENTE DE QUE CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA U OMISIÓN INTENCIONAL DE LOS DATOS QUE SE ME PIDEN ES UNA FALTA GRAVE Y FACULTARIA A LA ENTIDAD PARA TOMAR MEDIDAS CORRESPONDIENTES CONFORME A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.

SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	PERSONA QUE PRESENTA LA DOCUMENTACIÓN
	NOMBRE COMPLETO:
	C.I.:
	FECHA:
	FIRMA:
OBSERVACIONES:	

AÑO DE ARCHIVO

ITEM	CONTRATO

Solicitud de Alta

VERIFICACIÓN DE INCOMPATIBILIDAD DE FUNCIONES	SECCIÓN REGISTRO DE PERSONAL	EXISTE	NO EXISTE	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DEL FORMULARIO DE INCOMPATIBILIDAD DE FUNCIONES

* EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE