



|                                  |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INICIAL |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO  |

**DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO**

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Si marcó cambio, indique el cambio que solicita:                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Efectividad del Cambio                                                                    |                                                                                         |                                                            |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mes                                                                                       | Día                                                                                     | Año                                                        |
| Pantalla                                                                                      | 1. Número de Seguro Social (ID)                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2. Nombre de Suscripción-Primer y Segundo Apellido, Nombre                                |                                                                                         |                                                            |
| 010                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3. Nombre según Seguro Social                                                             |                                                                                         |                                                            |
| 011                                                                                           | 4. Nombre de Inscripción (según Acta Nac.) Inicial Primero y Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
|                                                                                               | 5. Estado Civil (marque (x):<br><input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado                                                                                                                                                        | 6. Sexo<br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino        | 7. Origen Étnico                                                                        | 8. Fecha y País de Nacimiento<br>Mes    Día    Año    País |
| 011                                                                                           | 9. Dirección Residencial:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                           | 10. Dirección Postal:                                                                   |                                                            |
| 027                                                                                           | Calle y Número _____<br>Urb. o Barrio _____<br>Ciudad y País _____<br>Teléfono/Celular _____<br>E-Mail _____                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                           | Calle y Número _____<br>Urb. o Barrio _____<br>Ciudad y País _____<br>Zona Postal _____ |                                                            |
| 021                                                                                           | 11. Status Militar (marque (x))<br><input type="checkbox"/> AR-Activo en Reserva <input type="checkbox"/> IR-Inactivo en Reserva<br><input type="checkbox"/> IC-Inactivo en Reserva (Sujeto a ser llamado) <input type="checkbox"/> AG-Activo en Guardia Nacional<br><input type="checkbox"/> JG-Inactivo en Guardia Nacional |                                                                                           | 12. Ciudadanía                                                                          |                                                            |
|                                                                                               | 13. Número de Tarjeta Residencia o Naturalización                                                                                                                                                                                                                                                                             | 14. Efectividad Visa Original<br>Mes    Día    Año                                        | 15. Tipo de Visa y Fecha de Expiración<br>Mes    Día    Año                             |                                                            |
|                                                                                               | 16. En caso de Emergencia Notifique: Nombre: _____                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                           | 16. Parentesco                                                                          | 16. Dirección                                              |
| 023                                                                                           | 17. Preparación Académica (en grado ascendente) Bachillerato, Maestría, Doctorado, Estudios Post-Doctorales.                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
|                                                                                               | Grado Obtenido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Año                                                                                       | Especialidad                                                                            | Universidad o Colegio                                      |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
| 18. ¿Trabaja o trabajó en E.L.A.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 19. ¿Trabaja o trabajó en U.P.R.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                                                                                         |                                                            |
| Agencia: _____                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Unidad Institucional: _____                                                               |                                                                                         |                                                            |
| Tipo de Contratación: _____                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Tipo de Contratación: _____                                                               |                                                                                         |                                                            |
| Fecha de Separación: Mes    Día    Año                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Último Periodo Trabajado: _____                                                           |                                                                                         |                                                            |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Desde: _____ Hasta: _____                                                                 |                                                                                         |                                                            |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mes    Día    Año                      Mes    Día    Año                                  |                                                                                         |                                                            |
| 20. ¿Está jubilado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Agencia: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
| Fecha de Jubilación: Mes    Día    Año                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
| _____                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
| CERTIFICO: QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA.                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                           |                                                                                         |                                                            |
| _____                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                     |                                                                                         |                                                            |
| Firma del Empleado                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha                                                                                     |                                                                                         |                                                            |
| _____                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____                                                                                     |                                                                                         |                                                            |
| Firma del Funcionario Administrativo                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha                                                                                     |                                                                                         |                                                            |

*INSTRUCCIONES PARA PREPARAR EL FORMULARIO F-04-3.2-8*

*DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO*

*I. INSTRUCCIONES GENERALES:*

*Este modelo se preparará en original y cuatro (4) copias en las unidades de la Universidad de Puerto Rico donde se origina el documento. Se utilizará para notificar a la Oficina de Recursos Humanos, los datos biográficos de empleados de nuevo nombramiento, contrato de servicio, o compensaciones adicionales de funcionarios adscritos a otras unidades institucionales.*

*II. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:*

- 1. Marque en el recuadro superior derecho el tipo de acción.*
- 2. Completamente los apartados correspondientes proveyendo los datos personales del empleado según la información solicitada.*

*Apartados especiales:*

*Nombre de suscripción - Indique el nombre del empleado según firma y como este desea que se imprima en el cheque.*

*Origen étnico - Refiérase al Diccionario de la Base de Datos del Sistema presionando la tecla PF2.*

- 3. Envíe junto al formulario "Notificación de Nombramiento/Contrato de Servicio/Compensación Adicional", Modelo SRH-T-002 y la evidencia que sustente la información registrada.*