

COLEGIO MEDICO DEL PERU / USO EXCLUSIVO DE FOSEMED

DECLARACIÓN JURADA

(INFORMACIÓN CONFIDENCIAL EXCLUSIVA PARA EL COLEGIO MEDICO DEL PERU)

1. DATOS PERSONALES DEL (LA) PROFESIONAL

Apellidos y Nombres:	
Edad:	Colegiatura:

Solicitud:

Datos generales

Estado civil:

Soltero Casado Viudo Separado Divorciado Conviviente

Vive con:

Padres Parientes Amigos Pensión Otros

Residencia en Lima

Tipo vía

(Avenida, Jirón, Calle, Pasaje, Alameda, Malecón, Ovalo, Parque, Plaza, Carretera, Block, Prolongación)

Vía (nombre)

Número/manzana Interior/lote

Tipo zona

(Urbanización, Unidad vecinal, Conjunto habitacional, Cooperativa, Residencial)

Distrito Provincia

Residencia fuera de Lima (sólo en caso de ser de provincia)

Tipo vía

(Avenida, Jirón, Calle, Pasaje, Alameda, Malecón, Ovalo, Parque, Plaza, Carretera, Block, Prolongación)

Vía (nombre)

Número/manzana Interior/lote

Tipo zona

(Urb., Unidad vecinal, Conjunto habitacional, Cooperativa, Residencial, Zona industrial, Caserío, Fundo)

Distrito

Provincia Departamento

Medios de comunicación

Teléfono fijo domicilio *Teléfono profesional Celular y correo electrónico

* De consultorio, nosocomio, empresa, etc. Incluir N° Anexo

En caso de tener ingresos por honorarios profesionales del ejercicio independiente

Sólo honorarios sin consultorio Trabaja en local propio sí no

Ubicación del consultorio

Cuánto tiempo lo realiza Nro. Personas que trabajan con usted

Indique los días y horarios de trabajo

2. DATOS GENERALES

Instituciones en donde ha ejercido su profesión

Señalar las dos últimas instituciones

Nombre	Último año	

Otros datos

Si estuviese aún haciendo SERUM

Año	Actividad / cargo	Institución	Observaciones

3. DATOS FAMILIARES

DATOS DE FAMILIARES (Cónyuge e hijos solteros)

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado de instrucción	Colegio/Universidad u otro centro de estudios	Costo mensual S/.

Otros familiares que comparten la vivienda:

Parentesco	Nombre	Fecha de nacimiento	Grado de instrucción	Profesión u ocupación	Centro de trabajo o estudios

DATOS FAMILIARES (LLENAR SÓLO EN CASO DE SER SOLTERAS-OS SIN INDEPENDIZAR)

DEL PADRE

Datos personales

Apellido paterno		D. N. Identidad	
Apellido materno		R.U.C	
Nombres		Grado de instrucción	
Fecha de nacimiento		Profesión	
Edad		Estado civil	

Trabajo del padre

Situación Laboral: Escoja la opción que corresponda a la situación laboral del padre:

Actualmente trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesante o jubilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser cesante o jubilado año de cese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleado / sin actividad laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE LA MADRE**Datos personales**

Apellido paterno		D. N. Identidad	
Apellido materno		R.U.C	
Nombres		Grado de instrucción	
Fecha de nacimiento		Profesión	
Edad		Estado civil	

Trabajo de la madre

Situación Laboral: Escoja la opción que corresponda a la situación laboral de la madre:

Actualmente trabajando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesante o jubilada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser cesante o jubilada, año de cese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. SITUACIÓN ECONÓMICA**Ingresos familiares**

Indique el monto de los ingresos que correspondan a su situación particular referidos al mes inmediatamente anterior.

En caso de ingresos por trabajo independiente y /o negocios, considerar el promedio de los tres últimos meses.

Ingreso neto total en soles (Deduciendo sólo descuentos de ley)	Profesional	Cónyuge	Hijos	Otros responsables
Sueldos y salarios				
Honorarios profesionales				
Trabajo técnico independiente				
Pensión de jubilación y cesantía				
Empresas y otros negocios				
Rentas de inmuebles				
Intereses de depósitos bancarios				
Asignación por gastos de representación				
Asignación por movilidad				
Pagos por recibo (fuera de planilla)				
Asignación por gasolina				
Otros ingresos				

Total de ingreso familiar mensual S/. _____

Observaciones (máximo 300 caracteres)

DEL (LA) PROFESIONAL**En caso de tener ingresos adicionales por honorarios profesionales y/o ejercicio independiente**

Sólo honorarios sin consultorio	<input type="checkbox"/>	Trabaja en local propio	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>
Ubicación del consultorio							
Cuánto tiempo lo realiza			Nro. Personas que trabajan con usted				
Indique los días y horarios de trabajo							

DE SU CONYUGUE**En caso de tener ingresos por honorarios profesionales y/o ejercicio independiente**

Sólo honorarios		Trabaja en local propio	sí	no
Ubicación del trabajo				
Cuánto tiempo lo realiza		Nro. Personas con quien trabaja		
Indique los días y horarios de trabajo				

Patrimonio

¿Posee otros inmuebles aparte de la vivienda?

Inmuebles

Tipo (casa, departamento, edificio, local comercial, terreno).	Ubicación (Dirección)	Uso

Vehículos

Tipo (auto, camión, camioneta)	Año	Marca	Uso

Depósitos en Bancos o Financieras

Moneda (soles / dólares)	Monto	Institución

Acciones

Tipo de acciones	Compañía	Monto (soles)

Viajes al Extranjero (realizados en el último año)

Miembro de la familia	Fecha	País	Motivo	Costo (dólares)

Egresos familiares (promedio mensual)

Llenar sólo los rubros en los que hay gastos reales en soles, referidos al mes inmediatamente anterior.

Concepto	Gasto	Concepto	Gasto
Alquiler de vivienda		Pensión de estudios 4	
Préstamo de vivienda		Pensión de estudios 5	
Autoavalúo		Material de estudios	
- Mantenimiento de Edificio		Salud	
- Luz		Seguro médico particular	
- Agua		SEMEFA	
- Teléfono		Vestido/calzado*	
- Cable		Empleada	
- Internet		Artículos de tocador	
- Gas		Artículos de limpieza	
Alimentación		Lavandería	
Gasolina		Reparaciones	
Mantenimiento de auto		Periódicos y revistas	
Movilidad general		Deuda 1	
Movilidad escolar		Deuda 2	
Pensión de estudios 1		Cuota colegiatura	
Pensión de estudios 2		Otros (especificar)	
Pensión de estudios 3			

*(Entre 12 meses)

Total de egreso familiar mensual S/. _____

Observaciones: (máximo 300 caracteres)

5. SALUD FAMILIAR

Estado de salud (Seleccione el estado de salud)

Goza de buena salud	
Un dependiente con enfermedad crónica no grave	
Un dependiente con enfermedad crónica grave	
Un dependiente con afección temporal	
Responsable de la economía con enfermedad que disminuye su capacidad para el trabajo	
Responsable de la economía incapacitado para el trabajo	

Indique qué problemas de salud existen y a qué miembro de la familia afectan: (máximo 300 caracteres)

En caso de seguir tratamiento médico:

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

Clínica Hospital MINSA
 EsSalud

Cuenta con seguro particular (sin considerar el SEMEFA):

Si No

Costo mensual del tratamiento (soles) S/.

Observaciones (máximo 300 caracteres)

6. VIVIENDA

Tenencia

Seleccione una de las siguientes opciones:

Propia		Alquilada	
Alquiler venta o con préstamo hipotecario		Otro (especifique)	
Alojados en casa de familiares u otros			
En calidad de uso			

Tipo de inmueble

Seleccione una de las siguientes opciones:

Predio independiente en zona residencial		Departamento en unidad vecinal o conjunto habitacional	
Departamento en condominio o edificio residencial		Departamento dentro o en piso superior de otra vivienda	
Predio independiente en urbanización		Inmueble en quinta o en zona antigua	
Departamento en edificio en zona de clase media		Otro (especifique)	

Estado de construcción

Seleccione una de las siguientes opciones:

De material noble, construcción terminada y en buen estado	<input type="checkbox"/>	De material prefabricado, en mal estado	<input type="checkbox"/>
De material noble, en construcción	<input type="checkbox"/>	De adobe y/o quincha en regular estado	<input type="checkbox"/>
De material noble, deteriorada	<input type="checkbox"/>	De adobe y/o quincha en mal estado	<input type="checkbox"/>
De material prefabricado, en buen estado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Área del terreno

Seleccione una de las siguientes opciones:

De mil metros a más	<input type="checkbox"/>	De 200 a 399 metros	<input type="checkbox"/>
De 800 a 999 metros	<input type="checkbox"/>	De 150 a 199 metros	<input type="checkbox"/>
De 600 a 799 metros	<input type="checkbox"/>	De 100 a 149 metros	<input type="checkbox"/>
De 400 a 599 metros	<input type="checkbox"/>	Menos de 99 metros	<input type="checkbox"/>

En caso de vivienda propia

Año de adquisición

Forma de adquisición Herencia: Compra: Donación: Otra:

Antigüedad **Número total de habitaciones** **Número de pisos**

Habilitación urbana y servicios

Ponga click en los servicios con los que cuenta:

Agua **Desagüe** **Pistas** **Veredas** **Internet**

Electricidad **Teléfono** **Cable** **Vigilancia**

¿Afronta algún problema relacionado con la vivienda? (máximo 300 caracteres)

7. AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Si desea ampliar la información de la presente Declaración Jurada Familiar o exponer alguna situación especial, sírvase hacerlo en el siguiente espacio

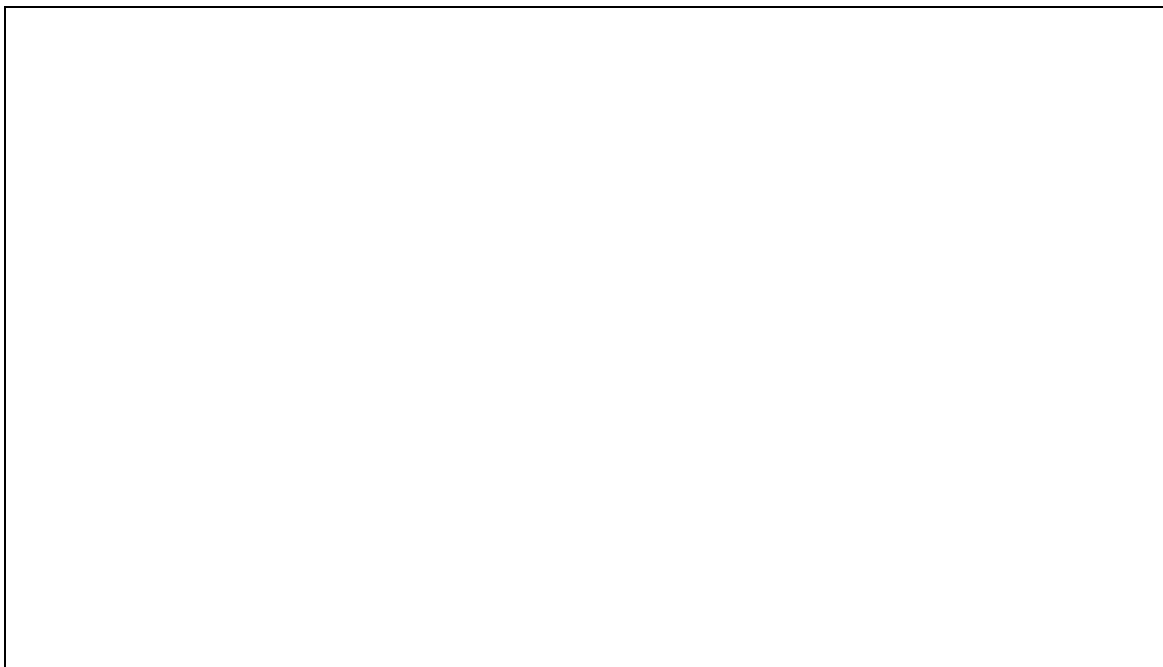
Declaro bajo juramento que toda la información contenida en la presente Declaración se ajusta estrictamente a la verdad, comprometiéndome a adjuntar documentación si es que fuera estrictamente necesario.

Miraflores, _____ de _____ del 20

Firma del profesional
D.N.I.:

Nombre del profesional:
Dirección completa:
Referencias para mejor ubicación de vivienda:

CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA



CROQUIS DE UBICACIÓN DEL CONSULTORIO

Dirección completa:
Referencias para mejor ubicación de consultorio:

