

ANEXO 1

Ficha Única de Datos

La Oficina de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| Apellidos y Nombres: | | RUC N° | |
| DNI N° | | Distrito, Provincia-Departamento | |
| Fecha de Nacimiento | | Teléfono Celular | |
| Correo Electrónico Personal | | | |
| En caso de Emergencia contactar a: | | | |
| Parentesco | | Teléfono de contacto de Emergencia | |
| Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente | | | |
| Discapacidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Tipo de Discapacidad <input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales | | | |

DOMICILIO

Tipo de Vía (marcar con "X")

Avenida Jirón Calle Pasaje Alameda Malecón Óvalo

Parque Plaza Carretera Trocha Otros: Especificar:

| | | |
|-------------------|-----------|--|
| Nombre de la Vía: | Numero: | |
| | Interior: | |

Tipo de Zona (marcar con "X")

Urbanización Pueblo Joven Unidad Vecinal Conjunto Habitacional

Asentamiento Humano Cooperativa Residencial Zona Industrial

Grupo Caserío Fundo Otros especificar:

| | | |
|--------------------|-----------|--|
| Nombre de la Zona: | Numero: | |
| | Interior: | |

| | | | |
|-----------------------|---------------|------------|--|
| Ubicación Geográfica: | Departamento: | Provincia: | |
| | | Distrito: | |

Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)

DATOS PROFESIONALES Y ACADÉMICOS

| Profesión | | N° de Colegiatura | |
|--|--------------|-------------------|--|
| Fecha hasta la cual se encuentra habilitado | | | |
| Estudios Superiores (Universitario - Técnico) | | | |
| Centro de Estudios | Especialidad | Inicio/Término | Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante) |
| | | / / | |
| | | / / | |
| | | / / | |
| | | / / | |
| Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado) | | | |



ANEXO 2

SOLITO PARTICIPAR EN CONVOCATORIA CAS 004-2021 COVID-19 U.E. 409 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ.

SEÑORES:

UNIDAD EJECUTORA 409 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ.

YO, identificado con DNI N° Con domicilio en:

Av. Calle, jirón, otro,

Distrito: Provincia Departamento de

Ante ud., con el debido respeto me presento y expongo:

Que teniendo conocimiento de la convocatoria CAS 004-2021 – COVID-19, el cual se llevará a cabo en la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, y contando con los requisitos necesarios para ocupar la plaza de : En el Área de COVID-19, Solcito de me admita como postulante y aceptar mi participación en el presente proceso de Selección, para lo cual me someto a lo dispuesto por las normas vigentes.

Asimismo, declaro bajo juramento que cumplo con los requisitos y que los documentos que presento en este proceso, proporciona toda información veraz.

Por lo expuesto: ruego a usted aceptar mi solicitud por ser procedente y justa

Sicuani, de de 2021

Firma del postulante.

Nombres y apellidos.....

DNI. N°

Handwritten signature
Dr. Fidel Hinojosa
MEDICO GENERAL
CNP 19498 - WPEC AGAOB



ANEXO 3

DECLARACION JURADA

El que suscribe:.....identificado con DNI

N°.....RUC:..... y con domicilio real en:..... estado civil:.....

Natural del distrito de:.....Provincia de:.....Departamento de:.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No encontrarme sancionado en ninguna entidad pública, (de haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere el caso)
3. No encontrarme inhabilitado para ejercer cargo en el estado.
4. No tener inhabilitación vigente en el registro de sancionados de destitución y despido RNSDD.
5. No encontrarme incurso en caso de Nepotismo.
6. No tener antecedentes policiales ni penales
7. No tener sanción vigente en el Registro nacional de proveedores.
8. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato.
9. Que la información detallada en mi Currículo Vitae, así como los documentos que se incluyen son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como de la adulteración de los documentos que se presente posteriormente a requerimiento de la entidad.

Sicuaní,dede 2021.

FIRMA DEL DECLARANTE

Nombres y Apellidos:.....

DNI N°


D. Piedad Hinojosa
MÉDICO GENERAL
CAMP. 08008 - INSE. ATOCAYO



ANEXO 4

REQUISITOS GENERALES PARA POSTULAR

1. Ficha única de datos para la contratación de personal ANEXO1
2. Solicitud ANEXO 2
3. Declaración Jurada ANEXO3
4. Copia de DNI Ampliado A4
5. Copia de Título profesional, segunda especialidad /Técnico.
6. Curriculum Vitae de acuerdo al orden registrado en el FORMATO 1
 - a. Hoja de Resumen.
 - b. Copia simple de los certificados de cursos, capacitaciones diplomados a partir de 2016.
 - c. Copia Simple de contratos de trabajo en instituciones, con las fechas resaltadas
 - d. Copia Simple de Certificados de Cursos, Capacitaciones, diplomados a partir de 2016.
 - e. Copia simple de resoluciones, cartas u otro documento de reconocimiento o felicitación
7. Contar con RUC: (Ficha RUC activo y habido, mediante un documento emitido por la SUNAT.
8. PRESENTAR CONSTANCIA DE SUSPENSION DE Renta de Cuarta Categoría por la SUNAT.



HOJA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS

NOMBRES Y APELLIDOS:.....

CARGO AL QUE POSTULA:.....

| DOCUMENTO | SI | NO | OBS |
|---|----|----|-----|
| Ficha única de datos para la contratación de personal ANEXO1 | | | |
| SOLICITUD Anexo2 | | | |
| Declaración Jurada Anexo3 | | | |
| Copia de DNI | | | |
| Copia de Título profesional, Especialidad /Técnico /certificado de Egresado | | | |
| Licencia de conducir Categoría A-2B | | | |
| Curriculum VITAE de acuerdo a FORMATO 1 | | | |
| FICHA RUC | | | |

FIDEL H. ANTONIO Q.
 DIRECTOR GENERAL
 C.P. 1001 - TEL: 1254100



FORMATO 1

DESCRIPCION DE CURRICULUM VITAE

EXPERIENCIA LABORAL

| INSTITUCION | PERIODO DE CONTRATOS | MESES LABORADOS |
|-------------|----------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

CAPACITACION

| DIPLOMADO, CURSO TALLER, ESPECIALIDAD | FECHA DE CONTRATOS | HORAS LECTIVAS O CURRICULARES |
|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

MERITOS

| INSTITUCION | RESOLUCIONES DIRECTORALES | MOTIVACION |
|-------------|---------------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Sicuani, Abril de 2021



FORMATO 2

FICHA DE EVALUACION CURRICULUM VITAE

NIVEL ACADEMICO (MAXIMO 20 PUNTOS)

Firma del Evaluador

| | | | |
|---|----|--|--|
| Título o certificado según nivel académico afines al cargo que postula. | 20 | | |
|---|----|--|--|

TIEMPO DE SERVICIOS (MAXIMO 40 PUNTOS)

| | | | |
|---|----|--|--|
| Tiempo de Servicios , en actividades afines al cargo que postula, mayor de 12 meses | 40 | | |
| Tiempo de Servicios, en actividades afines al cargo que postula, mayor de 06 a 12 meses | 30 | | |
| Tiempo de Servicios, en actividades afines al cargo que postula, mayor de 06 meses | 20 | | |

CAPACITACION (MAXIMO 20 PUNTOS)

Firma del Evaluador

| | | | |
|--|----|--|--|
| Diplomados afines al cargo que postula (2 puntos por cada diploma) | 20 | | |
| Total de capacitaciones acreditan más de 05 créditos | 15 | | |
| Total de Capacitaciones acreditan 04 créditos | 10 | | |
| Total de capacitaciones acreditan menos de 2 a 4 créditos | 07 | | |
| Total de capacitaciones acreditan menos de 2 créditos | 04 | | |

RESOLUCION DE SERUM (MAXIMO 10 PUNTOS)

| | | | |
|--------------------------------|----|--|--|
| Resolución de termino de SERUM | 10 | | |
|--------------------------------|----|--|--|

MERITOS (MAXIMO 10 PUNTOS)

Firma del Evaluador

| | | | |
|---|----|--|--|
| Documentos de felicitación por desempeñar actividades afines al cargo que postula u otros (1 punto por documento) | 10 | | |
|---|----|--|--|

| | |
|------------|--|
| NOTA FINAL | |
|------------|--|

Sicvani, de del 2021.

Firma del evaluador

