





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO 1

Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020

 PERÚ Ministerio de Salud		 Oficina General de Gestión de Recursos Humanos		Foto actualizada
Ficha Única de Datos				
La Oficina General 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 del Procedimiento Administrativo General.				
DATOS PERSONALES				
Apellidos y Nombres:				
DNI N°		RUC N°		
Fecha de nacimiento		Distrito-Provincia-Departamento		
Teléfono fijo		Teléfono móvil		
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo		
Enfermedades /Alergias				
En caso de emergencia contactar a:				
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Convierte				
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")				
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Paseo <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Ovalo <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Trocha <input type="checkbox"/> Otros: Especificar				
Nombre de la vía:		Número:		
		Interior:		
Tipo de Zona (marcar con "X")				
<input type="checkbox"/> Urbanización <input type="checkbox"/> Pueblo Joven <input type="checkbox"/> Unidad Vecinal <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Zona Industrial <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Caserío <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Otros especificar				
Nombre de la zona:		Número:		
		Interior:		
Ubicación geográfica:		Provincia		
		Distrito		
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)				
DATOS FAMILIARES				
Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado		Nº de Colegiatura	
Estudios Superiores (Universitario - Técnico)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/ Egresado/ Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Especialización - Diplomados			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Cursos - Seminarios			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado
Av. Salaverry 801			



* ALFARO E.



DECLARACION JURADAD DE DATOS PERSONALES

EL PRESENTE FORMATO DEBE SER LLENADO EN LETRA LEGIBLE

NOMBRES		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		Nº D.N.I.		E. CIVIL	
FECHA DE NACIMIENTO		DIRECCION (DOMICILIO LEGAL)		DISTRITO		PROVINCIA		DEPARTAMENTO	
Nº DE CELULAR		CORREO		SEXO		FEC. ING AL SECTOR MINSA		ULTIMO FECHA DE INICIO DE LABOR EN HACR-S	
INDICAR PROFESION, TECNICO, AUXILIAR Y OTRO					CONDICION DE ESTUDIOS REALIZADOS (marca con X)				
Prof(1)					Titulado(), Bachiller(), Tramite(), Otros()				
Prof(2)					Titulado(), Bachiller(), Tramite(), Otros()				
Tec(1)					Titulado(), Bachiller(), Tramite(), Otros()				
Tec(2)					Titulado(), Bachiller(), Tramite(), Otros()				
Auxiliar					Titulado(), Bachiller(), Tramite(), Otros()				
Otros					Titulado(), Bachiller(), Tramite(), Otros()				
Especialidad				Nº R. Especialidad		Universidad de la Especialización			
MAESTRIA (SI) (NO)		DOCTORADO (SI) (NO)		CONDICION DEL TRABAJADOR		Nombrado() CAS(), Suplencia P/Organic() Terc ()			
CARGO ACTUAL					UNIDAD DE DEPENDENCIA				
SERVICIO O AREA ACTUAL QUE LABORA				NIVEL REMUNERAT <small>(Nombrado)</small>		FECHA DE NOMBRAMIENTO		Nº RD Nombram	
REGIMEN PENSIONARIO		NOMBRE DEL AFP		CUSPP <small>(Cod Unif Identif del Sist Priv de Pens)</small>			FECHA DE INICIO EN ONP, AFP		
ONP	AFP								
Nº DE CUENTA DE AHORRO (B.N.)			C.C.I. (Codigo de Cta. Interbancaria)			PESO		TALLA	
Nº DE HIJOS		FORMA DE INGRESO AL EESS		OBSERVACION					
OTRA INFORMACION QUE DESEA ADICIONAR:									

DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO
(Conforme el Art. IV, numeral 1.7 de la Ley 27444.)

SICUANI

DIA	MES	AÑO

FIRMA
DNI _____
NOMBRE APELLIDO _____
COLEGIO PROFESIONAL _____

Recibido

--	--	--

ANEXO 2

SOLITO PARTICIPAR EN CONVOCATORIA CAS 004-2020 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 004-2020 – 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

Sicuaní, de de 2020



Firma del postulante.

Nombres y apellidos.....

DNI. N°

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 2020.

FIRMA DEL DECLARANTE

Nombres y Apellidos:.....

DNI N°



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.