



"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



| | | | | | |
|--|--|---|---------------|------------------|---|
| <p>PERÚ Ministerio de Salud</p> | | <p>Oficina General de Gestión de Recursos Humanos</p> | | Foto actualizada | |
| Ficha Única de Datos | | | | | |
| <p>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. Le presente tiene carácter de Declaración Jurada emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 17 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p> | | | | | |
| 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"/> Conviviente | | | | | |
| Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <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"/> Oveja <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Camatera <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: | | Departamento | | | |
| | | Provincia | | | |
| Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o institución cercana) | | Distrito | | | |
| DATOS FAMILIARES | | | | | |
| Apellidos y Nombres: | | Fecha Nacimiento | Número de DNI | Parentesco | Institución/Entidad en la que labora o presta servicios |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |
| | | / / | | | |

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]





"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 |
|-------------------|--------------|------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Dr. Ricardo J. Quiroz Curi
MEDICO GERIATRA
Médico Geriatra
Médico Geriatra

Dr. Ricardo J. Quiroz Curi
Médico Geriatra
Médico Geriatra

Dr. Ricardo J. Quiroz Curi
Médico Geriatra
Médico Geriatra



ALFARO



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.

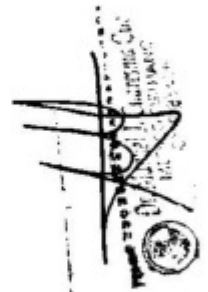
Por lo expuesto: ruego a usted aceptar mi solicitud por ser procedente y justa

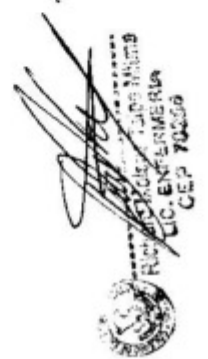
Sicuaní, de de 2021

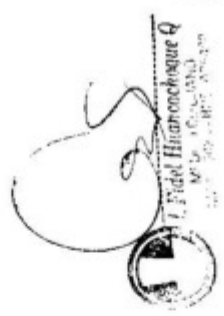
Firma del postulante.

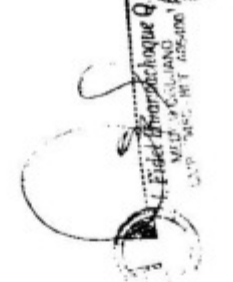
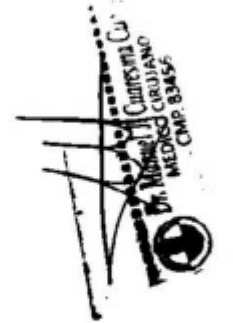
Nombres y apellidos

DNI. N°


UNIDAD EJECUTORA 409 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ


LIC. ENFERMERIA
CEP 70260


L. Fidel Hiramochique Q
M.D. (C) 10000



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



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Richard Torres
UC. EXPEDIENTE N.º
CEP 70429

[Handwritten signature]
F. Torres
UC. EXPEDIENTE N.º
CEP 70429

Anexo 4

Declaración jurada de nepotismo

El(La) que suscribe....., identificado(a) con DNI N°....., con RUC N°....., domiciliado en declara bajo juramento:

No tener grado de parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con personal que preste y/o prestó servicio en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicio o Contratos de Administración de Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad-Honorem.

EN CASO DE TENER PARIENTES EN EL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRÍGUEZ

Declaro bajo juramento, que en la Unidad y/o Sub Unidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez, presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:

| NOMBRE Y APELLIDO | CARGO | UNIDAD Y/O SUB UNIDAD ÁREA LABORAL | PARENTESCO |
|-------------------|-------|---------------------------------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Lo que declaro para su verificación y fines pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley N°27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.

FIRMA DEL DECLARANTE

Fecha:.....



[Handwritten signature]

ANEXO 5

REQUISITOS GENERALES PARA POSTULAR

1. Ficha única de datos para la contratación de personal ANEXO1
2. Solicitud ANEXO 2
3. Declaración Jurada ANEXO 3
4. Declaración jurada ANEXO 4
5. Copia de DNI Ampliado A4
6. Copia de Título profesional, segunda especialidad /Técnico.
7. 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
8. Contar con RUC: (Ficha RUC activo y habido, mediante un documento emitido por la SUNAT.
9. PRESENTAR CONSTANCIA DE SUSPENSIÓN DE Renta de Cuarta Categoría por la SUNAT.

[Handwritten signature]
Gerente Máximo Tercero
M. TERCERO
M. TERCERO

[Handwritten signature]
Gerente Máximo Tercero
M. TERCERO
M. TERCERO



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 |
|-------------|---------------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Sicuni, Abril de 2021

Firma del evaluador

[Handwritten signature]
Rafael Torres
LIC. EN INGENIERIA
SEP 70224

[Handwritten signature]
Rafael Torres
LIC. EN INGENIERIA
SEP 70224