

"Año de la Universalización de la Salud"

FICHA DE INSCRIPCION

SEÑORES:

**COMISIÓN DE PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL CAS DE LA RED DE SALUD
CHANCHAMAYO.**

PROCESO DE CONTRATACIÓN CAS N° 05-2020-GRJ-DRSJ-RSCH-RECAS

CARGO DE PLAZA : _____

CÓDIGO DE PLAZA : _____

APELLIDOS : _____

NOMBRES : _____



DNI : _____

N° DE FOLIOS: (_____) EN LETRAS: _____

FIRMA

"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO N° 01

  PERÚ Ministerio de Salud				Secretaría General		Oficina General de Gestión de Recursos Humanos	
Ficha Única de Datos						Foto actualizada	
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"/> 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"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Óvalo (<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:		Departamento		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	

"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

"Año de la Universalización de la Salud"

DATOS LABORALES			
Experiencia Laboral			
Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
Labores de docencia			
Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES			
Declaro bajo juramento lo siguiente:			
SI	NO	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES	
SI	NO	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES	
SI	NO	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES	
SI	NO	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)	
SI	NO	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)	
SI	NO	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)	
SI	NO	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE	
SI	NO	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO	
SI	NO	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY Nº 30794	
SI	NO	TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL M.V.C.S.	
SI	NO	SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO	
SI	NO	PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ÓRGANOS COLEGIADOS	
LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR			
Fecha	/ / Día Mes Año	Firma y Huella:	

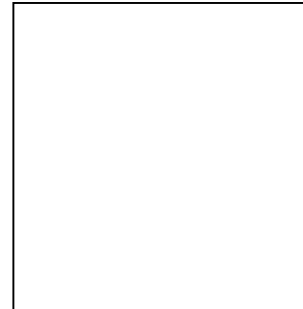
"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO N° 02

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDOS - RNSDD

Por la presente, Yo, identificado/a con DNI N°, declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al **REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD (*)**.

Lugar y fecha,



HUELLA DIGITAL

.....
FIRMA

(*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **"Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD"**. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

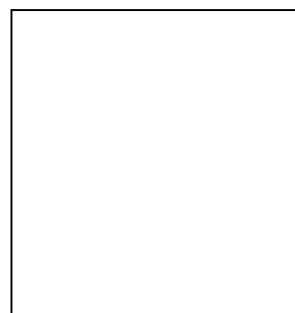
"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Por la presente, Yo, identificado/a con DNI N°, declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por **Ley N° 28970**.

Lugar y fecha,



HUELLA DIGITAL

.....

FIRMA

"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO N° 04

**DECLARACIÓN JURADA
(D.S. N° 034-2005-PCM – NEPOTISMO)**

Conste por el presentado que el (la) señor(a)
Identificado(a) con D.N.I. N°....., domiciliado en en el
Distrito de....., Provincia de.....Departamento de..... **DECLARO BAJO
JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA "X", según corresponda):**

☐

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de
afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO I SOBRINO I PRIMO I NIETO I
SUEGRO I CUÑADO), DE NOMBRE(S).

.....
.....
.....

Quien (es) laboran en esta entidad, con el (los) cargo (s) y en la Dependencia (s):

.....
.....
.....

☐

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de
afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO I SOBRINO I PRIMO I NIETO I
SUEGRO I CUÑADO), que laboren en esta entidad.

Lugar y fecha,



HUELLA DIGITAL

.....

FIRMA

"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO N° 05

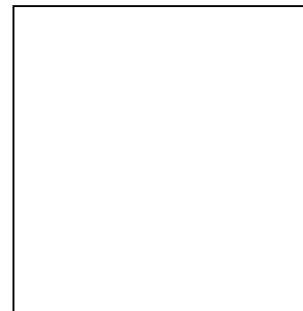
DECLARACIÓN JURADA

(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

Yo,..... Identificado(a) con D.N.I.
N°....., domiciliado en..... en el Distrito
de....., Provincia de.....Departamento de....., declaro bajo
juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud.

Lugar y fecha,



HUELLA DIGITAL

.....

FIRMA

"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO N° 06

FICHA DE SINTOMATOLOGIA COVID-19

DECLARACIÓN JURADA

Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA

He recibido explicación del objeto de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad:

Entidad Pública: N° RUC:

Apellidos y Nombres:

Cargo al que postula: N° DNI:

Dirección: N° Celular:

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes: (Marcar con un "X").

- 1) Sensación de alza térmica o fiebre.
- 2) Tos, estornudos o dificultad para respirar
- 3) Expectoración o flema amarilla o verdosa.
- 4) Contacto con persona (s) con un caso confirmado de COVID-19
- 5) Está tomando alguna medicación (Detallar cual o cuales):

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Lugar y fecha,

.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL