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 Nº		**RUC Nº**	
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	( ) Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Viudo (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Conviviente		
Discapacidad	( ) Sí ( ) No		
Tipo de discapacidad	( ) Físicas ( ) Sensoriales ( ) Mentales ( ) 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 :		Número :	
		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:			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
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

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 (Magíster/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

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

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
☐	☐	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
☐	☐	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
☐	☐	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DESANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DELESTADO CON SANCIÓN VIGENTE
☐	☐	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
☐	☐	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY Nº 30794
☐	☐	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 MVCS.
☐	☐	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 DECONTRATACIONES DEL ESTADO
☐	☐	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:	

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

ANEXO "A"

SOLICITUD DEL POSTULANTE DIRIGIDO AL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ESPECIAL DE EVALUACION Y SELECCIÓN DE PERSONAL-CAS

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ESPECIAL DE EVALUACION Y SELECCIÓN DE PERSONAL-CAS DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES.

S.P

Apellidos y Nombres: ……..……. DNI N°……..……

Lugar y Fecha de Nacimiento: ……Edad: ……

Dirección domiciliaria actual: ……..…

Presenta algún tipo de Discapacidad (acreditada): SI ( ) NO ( )

Teléfono Fijo: …… Celular: …… Email: ……..

Estado Civil: ……

Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria del PROCESO CAS N°……, para la contratación de los servicios de: ....., en el **Hospital Nacional Sergio Bernales .**

Que, teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la Comisión que usted preside, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

POR TANTO,

A usted pido señor Presidente de la Comisión Especial de Evaluación y Selección de Personal, acceder a mi solicitud.

Comas,…… de…… del ……

……..
FIRMA DEL POSTULANTE

DNI N°……

ANEXO "B"

DECLARACIÓN JURADA DE SOMETERSE A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LAS BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN CAS

Quien suscribe,..... , identificado(a) con DNI N°……....., RUC N°.....y con domicilio real en: ..... Estado civil: ……....., natural del Distrito de: ……, Provincia de: ..... Departamento de..... ,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No encontrarse 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 inhabilitación para ejercer cargo en el Estado.
4. No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD.
5. No tener antecedentes policiales, judiciales ni penales.
6. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
7. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato.
8. 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 la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la Entidad.

Comas,……de……..……del……

……..
FIRMA DEL POSTULANTE

DNI N°……

ANEXO "C"

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO :

NOMBRES :

DOMICILIO :

TELEFONO :

Nº DE RUC :

CORREO ELECTRONICO :

……..
FIRMA DEL POSTULANTE

DNI N°……

SOLO SE TENDRAN COMO POSTULANTES AQUELLOS CUYO RUC SE ENCUENTREN ACTIVOS, LA VERIFICACION SE EFECTUARA EN LA PAGINA WEB DE LA SUNAT.

ANEXO "D"

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER PROCESOS ADMINISTRATIVOS VIGENTES NI IMPEDIMENTO PARA CONTRATACIÓN.

Señores.
HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES
Presente.-

De mi consideración:

Por el presente documento.
Yo… ....., identificado(a) con DNI N° …….., con domicilio ……..…….., al amparo de lo dispuesto por los artículos 41º y 42º de la Ley Nº 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** de no tener:

1. Procesos administrativos vigentes.
2. Impedimento para contratar con el Estado.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previstos en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el Artículo 411º del Código Penal: "El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años"

Comas,……de……..……del……

……..
FIRMA DEL POSTULANTE

DNI N°……

ANEXO "E"

DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Señores.
HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES
Presente.-

Por el presente documento, Yo …….…… identificado (a) con DNI N° …… domiciliado (a) en ……. en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, y modificado mediante Decretos Supremos N° 017-2002-PCM y 034-2005-PCM; y al amparo del Artículo Preliminar 1.7 de la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

SI	NO

Cuento con parientes hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad, y/o Cónyuge que a la fecha se encuentra prestando servicios en el HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES.

En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une en vínculo legal indicado es (son):

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	GRADO DE PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL	OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS

Comas,…… de……..…….. de……

……..
FIRMA DEL POSTULANTE
DNI N°……

Grado de Parentesco por línea de consanguinidad y afinidad

Grado	Titular /cónyuge			
1º	Padre / Madre	Suegro (a)	Hijo (a)	Yerno / nuera
2º	Abuelo (a)	Hermano (a)	Cuñado (a)	Nieto (a)
3º	Bisabuelo (a)	Tío (a)	Sobrino (a)	Bisnieto (a)
4º	Primo (a)			

El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada có nyuge se halla en igual línea de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso del divorcio y mientras viva el ex cónyuge. (Art. 237º del Código Civil).

ANEXO "F"

DECLARACION JURADA DE ENCONTRARME COLEGIADO Y TENER VIGENTE HABILIDAD PROFESIONAL

Yo,……..., identificado con DNI./CE. N°……., domiciliado en ……..……..…Mz..……Lote/Sub lote……..…… Urbanización ……..……..……..……..., distrito …….……, provincia y departamento de ....., de profesión……..……..,.con registro ……..……. N°……..…..…… y R.N.E. N° ……, declaro estar habilitado en el ejercicio profesional como.....y a mi especialidad de ……..

Asimismo, declaro que todos los datos consignados anteriormente son verdaderos, sometiéndome a las sanciones de ley vigente en caso de falsedad de la presente declaración.

Lima, ……. de ……..de 20……

_____

Firma y Sello del Profesional

Teléfonos:……

ANEXO "G"

DECLARACIÓN JURADA PARA BONIFICACIÓN

Yo… ....., Identificado(a) con DNI N°……., con domicilio real en …….……., de nacionalidad …….. Edad…… de estado civil……. Profesión……..a efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como ……..en el Hospital Nacional Sergio Bernales, manifiesto con carácter de DECLARACIÓN JURADA lo siguiente:

BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD
(Marque con "X" la respuesta)

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por la CONADIS		

BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS
(Marque con "X" la respuesta)

PERSONA LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Usted es una persona Licenciado/a de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo descrito en el Art. 61° de la Ley 29248 que establece criterios para asignar una bonificación en concursos para puestos de trabajo en la administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de Licenciado.		

BONIFICACIÓN POR DEPORTISTA CALIFICADO
(Marque con "X" la respuesta)

DEPORTISTA CALIFICADO	SI	NO
Usted es una persona reconocida como Deportista Calificado, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley N° 27674, que establece el accesode deportistas calificados de alto nivel a la administración pública, y cuenta con la acreditación otorgada por la Federación Peruana del Deporte y el Comité Olímpico Peruano.		

Comas,…… de…….…… de……

……..

FIRMA DEL POSTULANTE

DNI N°……