



PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ

UNIDAD DE PERSONAL

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ANEXO 1

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

Ficha Única de Datos				foto Actualizada	
<p>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.</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 y Alergias					
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")					
<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"/> 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:		Numero:			
		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:		Numero:			
		Interior:			
Ubicación Geográfica:		Provincia:			
		Distrito:			
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)					
DATOS FAMILIARES					
Apellidos y Nombres:		Fecha de Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/Entidad en la que labora o presta servicios
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

*Handwritten signature**Handwritten signature*



PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ

UNIDAD DE PERSONAL

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DATOS PROFESIONALES Y ACADEMICOS			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado		N° de Colegiatura	
Estudios Superiores (Universitario - Técnico)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Especialización - Diplomados			
Centro de Estudios	Materia	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Cursos - Seminarios			
Centro de Estudios	Materia	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado

Handwritten signature

Handwritten signature



PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ

UNIDAD DE PERSONAL

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRACTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	ESTAR INSCRITO EN LA RELACION DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCION VIGENTE	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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 ARTICULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCION PUBLICA Y CONTRATACION DEL ESTADO	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGIA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICION O RESTRICCION PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCION O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	SER CONYUGE CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTICULO 11 DEL TEXTO UNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	PERCIBIR SIMULTANEAMENTE REMUNERACION, PENSION U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACION DE SERVICIOS ASESORIAS O CONSULTORIAS O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCION O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCION DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCION DE DIETAS POR PARTICIPACION EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ORGANOS COLEGIADOS	
LA PRESENTE FICHA DEBERA SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR			
Fecha	/ / Dia Mes Año	Firma:	

Handwritten signature

Handwritten signature