

ANEXOS PARA CV - GANADORES DE CONCURSO


CAS N° 008-2022

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO

"SAN BARTOLOME"

JUNIO 2022



 PERÚ		Ministerio de Salud		Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"		Foto actualizada
Ficha Única de Datos						
La Oficina de Personal solicita llenar la "Ficha de Datos Personales" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá actualizar los datos que existen en los Legajos y conocer su desarrollo académico, 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	
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS						
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/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
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 (REDERECEI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECEI) 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 N° 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 MVCS.

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:	
--------------	--------------------------	---------------	--



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

CARTA DE AUTORIZACION

El(la) que suscribe identificado(a) con DNI CE PAS N°, comunico el número de cuenta y banco, agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos de mis remuneraciones se efectúen en dicha cuenta:

NOMBRE DE ENTIDAD BANCARIA:																			
NÚMERO DE CUENTA:																			

Asimismo, tomo conocimiento que a través del link <http://boletaselectronicas.minsa.gob.pe/boletas/consulta> podré acceder a la consulta de boletas de pago electrónicas, que se muestran de manera mensual.

Lima, ____ de _____ de 2022.

Firma



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACION
POR CORREO ELECTRÓNICO**

Yo,identificado(a)
con DNI CE PAS N°, mediante este documento autorizo a LA ENTIDAD, para que las comunicaciones que se emitan dentro del vínculo laboral, sean notificadas en el buzón electrónico siguiente:

Correo electrónico 1:
Correo electrónico 2:
Correo electrónico 3: Cuenta de correo electrónico asignada por la institución, en caso corresponda.

Precisando que el correo electrónico, un medio de comunicación alternativo y de conformidad con lo dispuesto en la cláusula vigésimo tercera del presente contrato administrativo de servicios, suscribo el presente documento en señal de conformidad.

Lima, ____ de _____ de 2022.

Firma



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL

SISTEMA PREVISIONAL: marcar con una "x" según corresponda y llenar datos			
Expreso mi consentimiento a afiliarme al:			
SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP)	<input type="checkbox"/>		
SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP)	<input type="checkbox"/>		
Nota: Sólo en estos casos, llenar el formato siguiente.			
Estoy afiliado al siguiente régimen:			
SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP)	<input type="checkbox"/>	Fecha de Afiliación	<input type="text" value="/ /"/>
SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP)	<input type="checkbox"/>	Fecha de Afiliación	<input type="text" value="/ /"/>
	AFP INTEGRAL	<input type="checkbox"/>	AFP PRIMA <input type="checkbox"/>
	AFP HABITAT	<input type="checkbox"/>	FP PROFUTURO <input type="checkbox"/>
Soy pensionistas del:			
D.L. 20530	<input type="checkbox"/>		
D.L. 19990	<input type="checkbox"/>		
OTROS (PRECISAR)	<input type="checkbox"/>		
.....			
DE SER PENSIONISTA PRESENTAR:			
Resolución de Pensionista	<input type="checkbox"/>		
Resolución de Suspensión de Pensión	<input type="checkbox"/>		
Carta Declaración de Voluntad de No aporte	<input type="checkbox"/>		
SPP por ser Pensionista	<input type="checkbox"/>		

Lima, ____ de _____ de 2022.

Firma



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

FORMATO DE ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno:
Apellido Materno:
Nombres:
Tipo de documento: DNI CE Pasaporte Otro:
Número de documento:
Sexo: F M / Fecha de nacimiento:
Domicilio: Avenida Calle Jirón Otro
Distrito:
Provincia:
Departamento:
Correo electrónico:
Teléfono de Casa: Celular:

DATOS DE LA ENTIDAD

Nombre o Razón social : MINISTERIO DE SALUD
Departamento : LIMA
RUC : 20131373237

DATOS DEL VÍNCULO LABORAL

Fecha de inicio de relación laboral:
Elección del sistema pensionario:
Sistema Privado de Pensiones (AFP)
Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Yo, con documento de identidad N°, mediante este documento autorizo el envío mensual de mi Estado de Cuenta por correo electrónico, de acuerdo al artículo 103º de la Resolución 080-98-SAFP, desde la fecha de suscripción del presente.

Importante: Si el trabajador no hubiese manifestado su voluntad de afiliarse a un sistema pensionario, el artículo 16º de la Ley N°28991 establece que el empleador lo deberá afiliar a la AFP ganadora de la licitación: AFP Integra. De acuerdo a las medidas de simplificación y eficiencia administrativa, aceptas de manera expresa el envío de notificaciones e información por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que constará en tu contrato de afiliación o que posteriormente actualices a través de nuestros canales correspondientes. Las notificaciones por correo electrónico e información que te enviemos corresponden al trámite de carácter pensionario y no pensionario que realices con AFP Integra.

Autorizo incorporar mis datos personales en la base de datos de AFP Integra.

Lima de _____, _____ de _____ 2022.