


PROCEDIMIENTO DE REASIGNACION N° 002-2022

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO

"SAN BARTOLOME"

2022



 PERÚ		Ministerio de Salud		Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"		Foto actualizada
Ficha Única de Datos						
<p>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.</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 () 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")						
<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		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/Egresador/Estudiante)
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresador/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:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TENER INHABILITACIÓN 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 PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN 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 ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA 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 PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS.
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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"

**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