

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

**SEÑORES:**

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

**PROCESO DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS POR REEMPLAZO**  
**N° 03-2022-GRJ-DRSJ-RSCH-RECAS**

**SEPTUAGÉSIMA TERCERA DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL DE LA LEY N° 31365, LEY  
DE PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO PARA EL AÑO FISCAL 2022**

**CARGO DE PLAZA** : \_\_\_\_\_

**CÓDIGO DE PLAZA** : \_\_\_\_\_

**APELLIDOS** : \_\_\_\_\_

**NOMBRES** : \_\_\_\_\_

**DNI** : \_\_\_\_\_


**N° DE FOLIOS: (\_\_\_\_\_) EN LETRAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y HUELLA**  
**DNI N°** \_\_\_\_\_

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

## ANEXO N° 01

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud				Secretaría General		Oficina General de Gestión de Recursos Humanos	
<b>Ficha Única de Datos</b>						Foto actualizada	
<p>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.</p>							
<b>DATOS PERSONALES</b>							
<b>Apellidos y Nombres:</b>							
<b>DNI N°</b>				<b>RUC N°</b>			
<b>Fecha de nacimiento</b>		/ /		<b>Distrito-Provincia-Departamento</b>			
<b>Teléfono fijo</b>				<b>Teléfono móvil</b>			
<b>Correo electrónico personal</b>				<b>Grupo sanguíneo</b>			
<b>Enfermedades /Alergias</b>							
<b>En caso de emergencia contactar a:</b>							
<b>Parentesco</b>				<b>Teléfonos del contacto de emergencia</b>			
<b>Estado Civil</b>		<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente					
<b>Discapacidad</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Tipo de discapacidad</b>		<input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales					
<b>DOMICILIO</b>							
<b>Tipo de Vía (marcar con "X")</b>							
<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							
<b>Nombre de la vía :</b>				<b>Número :</b>			
				<b>Interior :</b>			
<b>Tipo de Zona (marcar con "X")</b>							
<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							
<b>Nombre de la zona:</b>				<b>Número :</b>			
				<b>Interior :</b>			
<b>Ubicación geográfica:</b>		<b>Departamento</b>		<b>Provincia</b>			
				<b>Distrito</b>			
<b>Referencia:</b> (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)							
<b>DATOS FAMILIARES</b>							
<b>Apellidos y Nombres:</b>		<b>Fecha Nacimiento</b>		<b>Número de DNI</b>		<b>Parentesco</b>	
		/ /					
		/ /					
						<b>Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios</b>	

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

<b>DATOS LABORALES</b>			
<b>Experiencia Laboral</b>			
Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
<b>Labores de docencia</b>			
Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
<b>DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES</b>			
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 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			
<b>FECHA:</b>	/ /	<b>FIRMA Y HUELLA:</b>	
	<b>DÍA MES AÑO</b>		

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

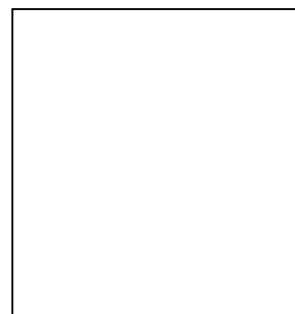
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

## 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**

**DNI N° .....**

(\*) 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.

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

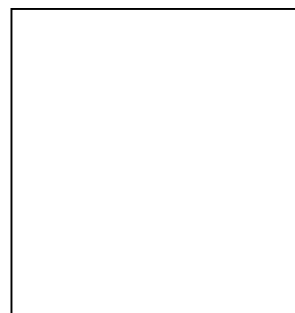
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

### 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**

DNI N° .....

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

### 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**

**DNI N° .....**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

## ANEXO N° 05

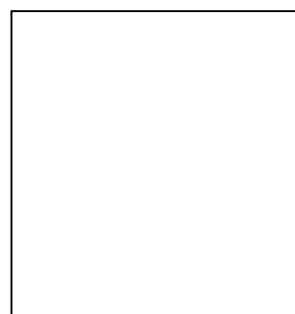
### DECLARACIÓN JURADA

(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**

DNI N°.....



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

**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”).

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1) Sensación de alza térmica o fiebre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Tos, estornudos o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Expectoración o flema amarilla o verdosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Contacto con persona (s) con un caso confirmado de COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Está tomando alguna medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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 las 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**

**DNI N°.....**



**HUELLA DIGITAL**