

“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 CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0010-2022-GRJ-DRSJ-RSCH-RECAS**

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

**CÓDIGO DE PLAZA** : \_\_\_\_\_

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

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

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

**N° DE FOLIOS PRESENTADOS: EN NÚMERO ( \_\_\_\_\_ ) 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

PERÚ Ministerio de Salud				Secretaría General		Oficina General de Gestión de Recursos Humanos		Foto actualizada	
<b>Ficha Única de Datos</b>									
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.									
<b>DATOS PERSONALES</b>									
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									
<b>DOMICILIO</b>									
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)									
<b>DATOS FAMILIARES</b>									
Apellidos y Nombres:			Fecha Nacimiento		Número de DNI		Parentesco		Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
			/ /						
			/ /						



“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 (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





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

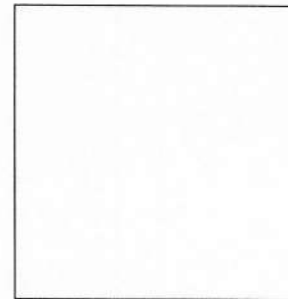
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

**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**

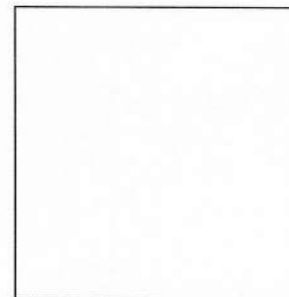
**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**



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).

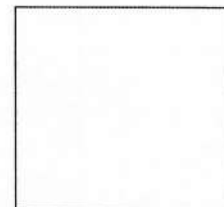
.....  
.....  
.....

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)

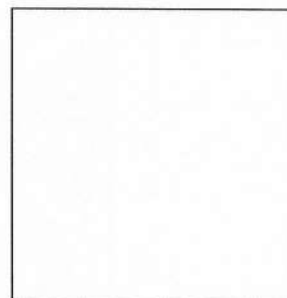


Yo,..... Identificado(a) con D.N.I. N°....., domiciliado en..... en el Distrito de....., Provincia de.....Departamento de....., **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

- 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**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(AUTENTICIDAD DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN)**

Ley N° 27444 – Ley N° 27815 – D.S. N° 033-2005-PCM

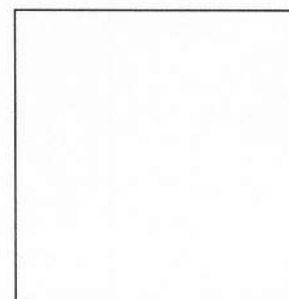
Yo,..... Identificado(a) con D.N.I. N°....., domiciliado en..... en el Distrito de....., Provincia de.....Departamento de....., **DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

Que, la documentación presentada en el presente proceso de selección CAS es verdadera, la cual puede ser verificada por **LA ENTIDAD**, en virtud a sus facultades de fiscalización posterior en concordancia con el artículo 32° de la Ley N° 27444 y sus modificatorias vigentes.

Que, de advertir LA ENTIDAD la falsedad de algún documento presentado, se encuentra facultada para la inmediata resolución del contrato CAS, en concordancia con el literal d), el artículo 9° del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM.

Por lo expuesto, declaro conocer las consecuencias administrativas y legales en caso de falsedad de la presente declaración, asumiendo las responsabilidades que se deriven del caso.

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° 07**

**FICHA DE SINTOMATOLOGIA COVID-19**

**DECLARACIÓN JURADA**

Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA

Sres. De la Unidad Ejecutora N° 405 - RED DE SALUD CHANCHAMAYO, con RUC N°20188446133

Yo, Apellidos y Nombres: .....

Cargo al que postula: ..... N° DNI: .....

Dirección actual: ..... N° Celular: .....

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes: (Marcar con un “X”).

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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.

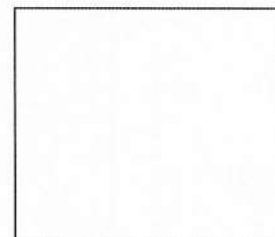
He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar las salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Lugar y fecha, .....

.....

**FIRMA**

DNI N° .....



**HUELLA DIGITAL**