

## COMUNICADO

El/la postulante declarado para ADJUDICAR REGISTRO DEL PUESTO en el Proceso de Convocatoria CAS N° 02-2023, para efectos de la suscripción y registro del Contrato Administrativo de Servicios, deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. Deberá acercarse al Servicio de Salud Ocupacional, a horas 07:00 en ayunas, para la evaluación médica correspondiente.
2. Deberá hacer llegar a la secretaría de la Unidad de Personal: Hoja de Datos Personales con una fotografía pegada tamaño carnet y una fotografía tamaño carnet adicional.
3. Deberá hacer llegar a la secretaría de la Unidad de Personal: Formato de Información Personal, adjuntando copia de DNI, constancia de pertenecer al Sistema Nacional de Pensiones o Sistema Privado de Pensiones, según sea el caso.

Nota: Si tuviera cuenta en el Banco de la Nación, adjuntar copia de voucher o documento donde sea visible el número de cuenta.

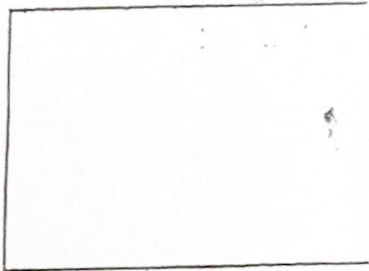
4. Para efectos de la revisión posterior deberá hacer llegar sus documentos originales presentados en el proceso de convocatoria a fin de ser fedateados por el personal designado de la Entidad.

Atentamente,  
Unidad de Personal



Gobierno Regional de Lima  
 Hospital Regional de Huacho  
 Red de Salud Haura Oyón  
 Unidad de Personal

Área de Control de Asistencia



HOJA DE DATOS PERSONALES

CODIGO N°:

ID:

DATOS PERSONALES			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRES			
F. NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESION
D.N.I.	N° RUC	CORREO ELECTRONICO	INSTITUCION
ESTADO CIVIL	TELEFONO	N° DE CARNET I.P.S.S.	COLEGIO N°
DIRECCION ACTUAL	GRUPO SANGUINEO	REMUNERACION.	
DATOS FAMILIARES			
NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO	EDAD
DATOS DE NIVEL ACADEMICO			
ESTUDIOS LOGRADOS		INSTITUCION	NIVEL ALCANZADO
DATOS LABORALES			
F. INGRESO	T. DE SERVICIO	CARGO ACTUAL	NIVEL
MODALIDAD LABORAL	ESTABLECIMIENTO	RESOLUCION N°	

FIRMA

**"HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD"**  
**"UNIDAD DE PERSONAL"**

**FORMATO DE INFORMACION PERSONAL**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellidos y Nombres

Tipo de documento: DNI / CE / Pasaporte / Otro: .....

Número de documento: .....

Sexo: F o M o / Fecha de nacimiento: ...../...../...../

Domicilio: Avenida Calle Jirón Otro.....

Distrito:.....Provincia:.....Departamento.....

Correo electrónico:

Teléfono de casa:.....Celular:.....

**DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

Nombre o Razón Social : **HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD**

RUC : 20162197461

Domicilio Legal: Av. José Arnaldo Arámbulo la Rosa – Huacho - Huaura - Lima

**DATOS DEL VÍNCULO LABORAL**

Fecha de inicio de relación laboral: ...../...../...../

**DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL**

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP)  Fecha de Afiliación:

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP)  Fecha de Afiliación:

AFP INTEGRAL  AFP PRIMA

AFP HABITAT  AFP PROFUTURO

**DATOS PARA PAGO DE REMUNERACIONES**

El (la) que suscribe comunica el número de cuenta del Banco de la Nación, agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos de mis remuneraciones se efectúen en dicha cuenta:

<b>ENTIDAD: BANCO DE LA NACION</b>											
<b>NUMERO DE CUENTA</b>											

Huacho, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
DNI:.....