

## COMUNICADO

El/la participante declarado **GANADOR** en el Proceso de Concurso Público de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) de acuerdo al cronograma deberá presentarse el día 06 de diciembre a horas 08:00 en la Unidad de Personal, para efectos de la suscripción y registro del Contrato, debe tener en cuenta lo siguiente:

1. En caso de haber contado con vínculo laboral con el Estado, gestionar oportunamente la baja en el aplicativo AIRHSP del MEF.
2. Una vez corroborada la documentación sustentatoria, se procederá a suscribir el contrato. (Fedateo de Documentos, deberán traer todos los documentos originales presentados en el Curriculum Vitae).
3. Entregar en Secretaría de la Unidad de Personal la siguiente documentación:
  - a. Hoja de Datos Personales con una fotografía pegada de tamaño carnet y una foto tamaño carnet adicional. (Se adjunta modelo)
  - b. Formato de Información de Personal, adjuntando copia de DNI, constancia de sistema de pensiones (ONP o AFP) y voucher legible de número de cuenta del Banco de la Nación (de no tener cuenta en el Banco de la Nación, la Institución se encargará de la creación de la cuenta). (Se adjunta modelo)
4. Certificado Médico original de Buena Salud Física expedido por un Establecimiento de Salud Pública o Privado, hasta un máximo de 05 días, posteriores a la adjudicación del puesto.
5. Certificado Médico de Buena Salud Mental (Psicológico) original expedido por un Establecimiento de Salud Pública o Privado, hasta un máximo de 05 días, posteriores a la adjudicación del puesto.





HOJA DE DATOS PERSONALES

CODIGO N°:

ID:

| DATOS PERSONALES         |                |                     |  |                 |  |
|--------------------------|----------------|---------------------|--|-----------------|--|
| APELLIDO PATERNO         |                | APELLIDO MATERNO    |  | NOMBRES         |  |
| F. NACIMIENTO            | EDAD           | LUGAR DE NACIMIENTO |  | PROFESIÓN       |  |
| DNI                      | N° RUC         | CORREO ELECTRONICO  |  | INSTITUCIÓN     |  |
| ESTADO CIVIL             | TELEFONO       | N° DE CARNET IPSS   |  | COLEGIO N°      |  |
| DIRECCIÓN ACTUAL         |                | GRUPO SANGUÍNEO     |  | REMUNERACIÓN    |  |
|                          |                |                     |  |                 |  |
| 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:

**ENTIDAD: BANCO DE LA NACION**

**NUMERO DE CUENTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Huacho, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

.....  
DNI:.....

.....