



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL HUAYCAN



FOTO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCAN
AREA DE PERSONAL - SUB AREA DE LEGAJOS

FICHA DE DATOS

PERSONAL, FAMILIAR, EDUCATIVOS Y LABORALES

DESIGNADO

NOMBRADO

DESTACADO

RESIDENTE

CONTRATADO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

Huaycán,.....de.....del 202....

Firma

.....

HUELLA DIGITAL

DNI N°.....

Base Legal:

- Decreto Supremo N° 005-90-PCM-Art. 86°; 88° 89°
- Resolución Contraloría N° 072-98/ y 123-2000-CG
- Ley N° 26711 Integridad, Ética Gubernamental y Nepotismo
- Resolución Ministerial N°536-2001-SA-DM

La información contenida en el presente documento tiene carácter de DECLARACION JURADA, encontrándose sujeta a una verificación posterior, Cualquier falsedad de los datos consignados será materia de las sanciones previstas en las normas antes indicadas.

AVISO IMPORTANTE:

NO PROCEDE SI EL FORMATO SE ENCUENTRA DETERIORADO, MANCHADO O BORRONEADO.



FICHA DE DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
------------------	------------------	---------

FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
--------------	-----------	----------

DNI

CARNÉ DE EXTRANJERIA

Nº DE COLEGIO

Nº R.U.C

Nº CARNÉ DE ESSALUD (AUTOGENERADO)

CENTRO DE ATENCIÓN DE ESSALUD

GRUPO SANGUINEO

Nº TELEF. DOMICILIO

Nº TELEF. CELULAR

CORREO ELECTRONICO

DOMICILIO ACTUAL

Jirón () Av. () Calle () Pasaje () Urb. ():

NUMERO	PISO	INTERIOR	DISTRITO
--------	------	----------	----------

REFERENCIA:

--

ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL

SOLTERO (A)	CASADO (A)	VIUDO (A)	DIVORCIADO (A)	CONVIVIENTE (A)
-------------	------------	-----------	----------------	-----------------

DATOS FAMILIARES

DATOS DEL CONYUGE DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
------------------	------------------	---------

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DONDE LABORA EL

CÓNYUGE

DIA	MES	AÑO

Dirección:

DATOS REFERENTES A LOS PADRES E HIJOS DEL TRABAJADOR

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	F. DE NACIMIENTO			OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	VIVE	
		DIA	MES	AÑO			SI	NO



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL HUAYCAN

INDIQUE DATOS DE UN FAMILIAR A QUIEN NOTIFICAR EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

APELLIDO Y NOMBRES		PARENTESCO	TELEFONO FIJO	CELULAR
DIRECCIÓN:				

REGIMEN PENSIONARIO

LEY Nº 19990	DECRETO LEY 25897 AFP.	PRIMA	PROFUTURO
LEY Nº 20530		INTEGRA	OTRO

DOCUMENTO DE AFILIACION	FECHA DE AFILIACION	DOCUMENTO DE DESAFILIACION	FECHA

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL DE HUAYCAN:

COND. LABORAL: DESTACADO () NOMBRADO () RESIDENTE () CONTRATADO ()

DIA	MES	AÑO	SEGÚN RESOLUCIÓN Y/O CONTRATO	CARGO

FECHA DE NOMBRAMIENTO

GGDIA	MES	AÑO	SEGÚN RESOLUCIÓN DE NOMBRAMIENTO	CARGO ACTUAL
CATEGORÍA:			NIVEL:	

DATOS DE ESTUDIOS

EDUCACIÓN	COMPLETA Y/O INCOMPLETA	CENTRO DE ESTUDIOS	DESDE	HASTA
PRIMARIA				
SECUNDARIA				

GRADO ACADEMICO: TITULADO – BACHILLER – EGRESADO – ESTUDIANTE

EDUCACIÓN SUPERIOR	CENTRO DE ESTUDIOS	DEL	HASTA	COMPLETA Y/O INCOMPLETA	GRADO ACADÉMICO OBTENIDO
INST. SUPERIOR					
UNIVERSITARIOS					
ESPECIALIDAD					
DIPLOMADO					
MAESTRIA					
DOCTORADO					
2 DA. CARRERA PROFESIONAL					
INST. SUPERIOR					
UNIVERSITARIOS					
MAESTRIA					
DOCTORADO					

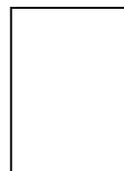
IDIOMA Y/O DIALECTO	LEE		HABLA		ESCRIBE	
	CON FACILIDAD	SIN FACILIDAD	CON FACILIDAD	SIN FACILIDAD	CON FACILIDAD	SIN FACILIDAD

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son exactos, autorizando a la Institución en la que laboro a efectuar las Verificaciones que juzgue necesarias; así mismo me comprometo a presentar los documentos que me soliciten

HUELLA DIGITAL

Huaycán, ____ de ____ de 202...

Firma del Trabajador
DNI N°



José Carlos Mariátegui S/N Zona B
Ate, Lima, Perú



DATOS DE FAMILIARES VIVOS

CONYUGE DE TRABAJADOR ACTIVO, CASADO O CONVIVIENTE

Apellidos y Nombres	Nº Documento de Identidad	Fecha de nacimiento			Sexo	
		Día	Mes	Año	M	F

HIJOS(A) MENORES DE 18 AÑOS DE CONDICION NORMAL

Nº	Apellidos y Nombres	Nº Part. De Nacimiento	Nº Doc. De Identidad	Fecha de Nacimiento			Sexo	
				Día	Mes	Año	M	F
1								
2								
3								

HIJOS(A) SOLTERAS MAYORES DE 18 AÑOS Y SIN RENTA FIJA

Nº	Apellidos y Nombres	Nº Part. De Nacimiento	Nº Doc. De Identidad	Fecha de Nacimiento			Sexo	
				Día	Mes	Año	M	F
1								
2								
3								

HIJOS (A) INVALIDOS

Nº	Apellidos y Nombres	Nº Part. De Nacimiento	Nº Doc. De Identidad	Fecha de Nacimiento			Sexo	
				Día	Mes	Año	M	F
1								
2								
3								

(*) Adjunte Certificado de Incapacidad

PADRES

	Apellidos y Nombres	. Nº Doc. De Identidad	Fecha de Nacimiento			Sexo		VIVE	
			Día	Mes	Año	M	F	SI	NO
Madre									
Padre									

DATOS DEL DECLARANTE:

Titular () Apoderado () Tutor ()

Apellidos y Nombres:	
<p>Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente documento son veraces, completos y conforme a la realidad asumiendo la responsabilidad penal en caso de resultar falsos, de acuerdo a la Ley Nº 27444 y el código penal vigente</p>	
<p>Huaycán _____ de _____ de 202...</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Firma del Declarante</p> <p>DNI Nº _____</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">HUELLA DIGITAL</p>



FORMATO DE DECLARACION JURADA DE DOMICILIO

(LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DOMICILIARIA) LEY Nº 28882

Yo: _____ De

Nacionalidad peruana; con DNI Nº _____; en el pleno ejercicio de mis derechos constitucionales y de conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 28882 de simplificación de la Certificación Domiciliaria, en su Artículo 1º. **DECLARO BAJO JURAMENTO:** que mi domicilio actual se encuentra ubicado en:

_____ Que, la dirección que señalo líneas arriba; es mi domicilio actual y verdadero donde tengo vivencia real, física y permanentemente en caso de comprobármese falsedad declaro haber incurrido en el delito Contra La Fé Pública, falsificación de Documentos, (Art. 427º del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7) “Principio de Presunción de Veracidad” del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley Nº 27444.

Para mayor constancia y validez y en cumplimiento firmo y pongo mi huella digital al pie del presente documento para fines legales correspondientes.

Huaycán,..... de..... del 202...

Firma



HUELLA DIGITAL



FORMATO DE DECLARACION JURADA DE NO PERCIBIR DOBLE INGRESO DEL ESTADO

(Art. 3° de la Ley N° 28175 – Ley Marco del Empleo Público, concordante con el art. 40° de la Constitución Política del Estado)

Yo,.....,

identificado con DNI N°, **declaro bajo juramento**, conocer la restricción a que se refiere el art. 3° de la Ley N° 28175 – Ley Marco del Empleo Público sobre la prohibición de doble percepción de ingresos cuyo texto es como sigue:

“Ningún empleado público puede percibir del estado más de una remuneración, retribución o emolumento o cualquier tipo de ingreso. Es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado. Las únicas excepciones las constituyen la función docente y la percepción por dietas por participación en uno (1) de los directorios de las entidades o empresas públicas”.

En caso de hacer o no docencia marcar con X: SI NO

Huaycán,..... de..... del 202...

.....
Firma

DNI N°.....



DECLARACION JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Apellidos: Nombres:

Documento de Identidad: Dependencia:

Domicilio:

Provincia/Departamento: Fecha de declaración:

Vínculo con la entidad: Nombrado () Designado () Destacado () Contratado ()

Declaro que al momento de suscribir el presente documento:

1. Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales:
 - a) Ley No. 26771, publicado el 15.04.97, que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en casos de parentesco.
 - b) Decreto Supremo No. 021-2000-PCM, publicado el 30.07.00, que aprueba el Reglamento de la Ley No. 26771.
 - c) Decreto Supremo No. 017-2002-PCM, publicado el 08.03.02, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771.
 - d) Decreto Supremo No. 034-2005-PCM, publicado el 07.05.05, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771 y dispone el otorgamiento de la Declaración Jurada para prevenir casos de nepotismo.
2. He cumplido con revisar el LISTADO DE TRABAJADORES A NIVEL NACIONAL proporcionado por la Entidad en el enlace <http://www.minsa.gob.pe/portaldetransparencia/personal/ltminsa.asp> del Portal del Ministerio de Salud y he agotado las demás verificaciones y corroboraciones necesarias.
3. En consecuencia, DECLARO BAJO JURAMENTO que..... (indicar SI o NO) tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal, con trabajador(es) del Ministerio de Salud.
4. En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

APELLIDOS Y NOMBRES

DEPENDENCIA

PARENTESCO

- a)
- b)
- c)
- d)

La presente Declaración Jurada se formula en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4-A del Reglamento de la Ley No 26771, incorporado mediante Decreto Supremo No. 034-2005-PCM.

.....
FIRMA DEL DECLARANTE