

COMUNICADO

El postulante que adjudicó registro del puesto para el proceso de convocatoria CAS N°001-2023, para efectos de la suscripción y registro del Contrato Administrativo de Servicios, debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Deberá hacer llegar a la secretaría de la Unidad de Personal: Hoja de Datos Personales, Formato de Información Personal, correctamente llenado y firmado según corresponda (según anexos adjuntos) y 02 fotografías tamaño carnet.
2. 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 HUAURA OYON
 UNIDAD DE PERSONAL

AREA 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:

ENTIDAD: BANCO DE LA NACION											
NUMERO DE CUENTA											

Huacho, ___ de _____ de 2022.

DNI:.....