



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO REGIONAL PASCO



HDAC Hospital Daniel Alcides Carrion

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

DATOS PERSONALES Y LABORALES PARA PERSONAL CAS

APELLIDOS Y NOMBRES			REGISTRO AIRHSP
DNI	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	FECHA INGRESO
N° CELULAR	PROVINCIA	DISTRITO	
DIRECCION / DOMICILIO		CORREO ELECTRONICO	
CARGO O PLAZA ADJUDICADA	RETRIBUCION MENSUAL	SEXO (F ó M)	ESTADO CIVIL

REGIMEN PENSIONARIO MARCA(X):

D.L.1990

SPP PROFUTURO SPP INTEGRAL SPP PRIMA SPP HABITAT

CUSPP:

N° DE CTA. B.N.

CTA. SCOTIABANK (OPCIONAL)

SITUACION EDUCATIVA:

NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE INSTITUCION		PROFESION Y/O TITULO
	PUBLICO	PRIVADO	
NOMBRE DE LA INSTITUCION	AÑO DE EGRESO		ESTUDIO EN PERU (SI ó NO) LUGAR

Cerro de Pasco, de de 20.....

FIRMA

DECLARACION DE DERECHOHABIENTES

1

APELLIDOS Y NOMBRES	L.E./DNI:	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE VÍNCULO	SEXO
DIRECCION DEL DERECHOHABIENTES				

2

APELLIDOS Y NOMBRES	L.E./DNI:	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE VÍNCULO	SEXO
DIRECCION DEL DERECHOHABIENTES				

3

APELLIDOS Y NOMBRES	L.E./DNI:	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE VÍNCULO	SEXO
DIRECCION DEL DERECHOHABIENTES				

4

APELLIDOS Y NOMBRES	L.E./DNI:	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE VÍNCULO	SEXO
DIRECCION DEL DERECHOHABIENTES				

5

APELLIDOS Y NOMBRES	L.E./DNI:	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE VÍNCULO	SEXO
DIRECCION DEL DERECHOHABIENTES				

Nota

Adjuntar a la presente:

- 2 copias ampliadas del DNI (No escaneada)
- Ficha RUC (CONDICION/Habido y Habilitado)
- Suspensión de 4ta categoría. (dependiendo de la retribución no determina la retención)
- Copia ampliada de DNI de los derechos habientes (No escaneada)
- Plazo de entrega 5 días adjudicado la plaza

DECLARACION JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN DEL ESTADO

Yo, identificado con DNI N°
..... con dirección domiciliaria en el Distrito:..... Provincia:
..... Departamento.....

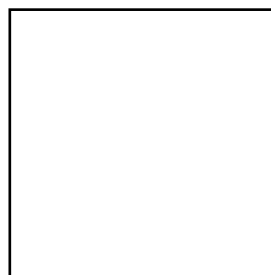
DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. Que, tengo conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, ¹con excepción de uno más por función docente.
2. Que, en la actualidad (NO) percibo remuneración a cargo del Estado.
3. Que, en la actualidad (SI) percibiré retribución a cargo del Estado, en el **HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRIO – PASCO** de la UE: **0890**. En el Cargo de en la condición de Contratado Administrativo de Servicios (**CAS**)

Por lo que declaro que NO tengo incompatibilidad horaria entre las instituciones públicas donde laboro, lo cual sustento con mis horarios de trabajo debidamente visados por la institución. Declaro además que la falta de veracidad de lo manifestado dará a las sanciones conforme a lo dispuesto en la Normatividad vigente respecto al Código Penal y a la Ley 27444 de Ley de Procedimiento Administrativo General

Dado en la ciudad de..... A los.....días del mes de..... del 20.....

.....

FIRMA**HUELLA DIGITAL**

¹ Art. 40º de la Constitución Política del Perú. La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo del HDAC-PASCO, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria y de distancia.