



GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO



**DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD LEONCIO PRADO**

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año del Turismo Comunitario para el Desarrollo de la Región Huánuco"

UNIDAD EJECUTORA 403 - SALUD LEONCIO PRADO

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

FICHA DE DATOS PERSONALES

PERSONAL: NOMBRADO, SERUMS Y CAS

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

ESPECIALIDAD

UBICACIÓN LABORAL

MODALIDAD

PRESUPUESTO

TINGO MARIA - HUANUCO

II. DATOS LABORALES

1. RÉGIMEN LABORAL

D.L. 276 D.L. 1057 D.L. 728 SNP

2. CONDICIÓN LABORAL

NOMBRADO CONTRATADO SERUMS SNP

3. GRUPO OCUPACIONAL

PROFESIONAL
DE LA SALUD PROFESIÓN
ADMINIST TÉCNICO
ASISTENCIAL TÉCNICO
ADMINIST. AUXILIAR

4. UBICACIÓN LABORAL

CARGO ESTRUCTURAL (denominación del cargo):

CATEGORÍA O NIVEL REMUNERATIVO:

CARGO FUNCIONAL:

DEPENDENCIA LABORAL:

OFICINA Y ÁREA DONDE LABORA:

5. MODALIDAD DE INGRESO

CONCURSO MANDATO JUDICIAL REPOSICIÓN DESIGNACIÓN REASIGNACIÓN DESTAQUE PERMUTA OTRO

FECHA DE INGRESO :

DOCUMENTO DE INGRESO Y/O REINGRESO :

RESOLUCIÓN DIRECTORIAL

Nº

FECHA:

MEMORANDUM

Nº

FECHA:

OFICIO

Nº

FECHA:

CONTRATO

Nº

FECHA:

6. HISTORIA LABORAL

- 1.:
- 2.:
- 3.:
- 4.:
- 5.:

III. NIVEL EDUCATIVO

16. Estudios Realizados					
PRIMARIA		Centro de Estudios	Año que Concluyo		
Completa	<input type="checkbox"/>				
Incompleta	<input type="checkbox"/>				
SECUNDARIA		Centro de Estudios	Año que Concluyo		
Completa	<input type="checkbox"/>				
Incompleta	<input type="checkbox"/>				
(IST)		Centro de Estudios	Desde	Hasta	Año que Concluyo
Completa	<input type="checkbox"/>				
Incompleta	<input type="checkbox"/>				
UNIVERSITARIOS		Centro de Estudios	Desde	Hasta	Año que Concluyo
Estudiante	<input type="checkbox"/>				
Egresado	<input type="checkbox"/>				
Bachiller	<input type="checkbox"/>				
Titulado	<input type="checkbox"/>				
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN		Centro de Estudios	Desde	Hasta	Año que Concluyo
Magister	<input type="checkbox"/>				
Doctorado	<input type="checkbox"/>				

17. Denominación del Grado / Título / Especialidad	Institución ó Entidad	Fecha	Nº Colegiatura
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son exactos, autorizado a la institución en la que laboro a afectar las verificaciones que juzgue necesarias, asimismo me comprometo a presentar los documentos que me soliciten

....., de



GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD LEONCIO PRADO



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año del Turismo Comunitario para el Desarrollo de la Región Huánuco"

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

FICHA DE DATOS PARA EL REGISTRO DE AIRHPS

(Nota: el llenado de la presenta ficha debe de ser con letra imprenta Legible)

CARGO/ CONDICION:

I. DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO	
DNI	
RUC	
DOMICILIO LEGAL (indicar distrito /Provincia/ Departamento)	
TELEFONO	
CELULAR (indicar, RPM, RPC, etc)	
EMAIL	
COLEGIO PROFESIONAL	
COLEGIATURA N°	
RESOLUCION DE SERUMS	
PERIODO DE SERUMS	
N° CTA DE BANCO DE LA NACION	

Se adjunta los siguientes documentos:

- Copia de Título Profesional.
- Copia de Colegiatura (adjunta si en caso lo tiene).
- Copia de DNI ampliado y legible.
- Boucher de Banco de la Nación.

Firma del Servidor/ra

TINGO MARIA - HUANUCO