

FICHA DE POSTULANTE
1. Proceso de selección al que postula (Conforme lo indicado en el Aviso de Convocatoria)

Código del proceso	P.S.				-									-	2	0		
Cargo / Servicio											Código de Cargo / Servicio							
Especialidad (si se indica)																		
Órgano									Dependencia									

2. Datos Personales

Nombres Completos:																			
Apellido Paterno:								Apellido Materno:											
Lugar de Nacimiento:								Fecha de Nacimiento:											
Domicilio:																			
Departamento:						Provincia:						Distrito:							
Edad:						Estado Civil:						Sexo:	M	F					
DNI/C.E. :						Nº Tel. fijo:						Nº de celular:							
Correo electrónico:																			

3. Educación / Formación Profesional relacionada al puesto

Nivel	Centro de Estudios	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Profesión	Grado Obtenido
Especialidad					
Universitaria					
Técnica					
Secundaria					
Otros...					

Cuenta con SERUMS: Si () No ()

Lugar donde lo realizó _____

Nro. De Colegiatura: _____ Colegio Profesional: _____

Se encuentra habilitado a la fecha de postulación: Si () No ()

4. Especialidades Profesionales (Profesionales de la Salud)

Denominación / Especialidad	Universitaria	Institución	Nº Registro	Fecha
1ra	SI	NO		
2da	SI	NO		

5. Estudios de postgrado relacionados al puesto (Maestría o Doctorado)

Formación	Centro de Estudios	Titulado/ Egresado	Ciclo	Fecha de Término	Especialidad

6. Capacitación Obligatoria (Requerida en el perfil del Puesto)

Entidad	Curso	Inicio	Fin	Nº Horas lectivas	Fecha de certificación

7. Información Complementaria

Idioma	Nivel			Certificación	Fecha de certificación
	Básico	Intermedio	Avanzado		
				SI ___ NO ___	
				SI ___ NO ___	
				SI ___ NO ___	
Informática	Nivel			Certificación	Fecha de certificación
	Básico	Intermedio	Avanzado		
Windows				SI ___ NO ___	
Word				SI ___ NO ___	
Excel				SI ___ NO ___	
Power Point				SI ___ NO ___	
Otros precisar:				SI ___ NO ___	
				SI ___ NO ___	

8. Experiencia laboral relacionada al puesto (Iniciar del más reciente)

NOMBRE DE LA ENTIDAD 1:	
Área:	
Cargo:	Tiempo de Servicios:
Funciones:	Inicio: (día, mes y año): / /
	Fin : (día, mes y año): / /
Modalidad de Contratación:	
Motivo de Retiro:	Remuneración o Retribución: S/.
Nombre y Cargo del Jefe:	Teléfono Oficina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD 2:	
Área:	
Cargo:	Tiempo de Servicios:
Funciones:	Inicio: (día, mes y año): / /
	Fin : (día, mes y año): / /
Modalidad de Contratación:	
Motivo de Retiro:	Remuneración o Retribución: S/.
Nombre y Cargo del Jefe:	Teléfono Oficina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD 3:	
Área:	
Cargo:	Tiempo de Servicios:
Funciones:	Inicio: (día, mes y año): / /
	Fin : (día, mes y año): / /
Modalidad de Contratación:	
Motivo de Retiro:	Remuneración o Retribución: S/.
Nombre y Cargo del Jefe:	Teléfono Oficina:

9. Conforme a lo dispuesto en Ley 27444 –Ley del Procedimiento Administrativo General, de haber prestado servicios o estar laborando en la administración pública, indicar: (de no tener información que presentar, indicar: “NO CORRESPONDE”)

Nombre de la Entidad 1:					
Periodo en que prestó servicios:		Del:		Al:	
Motivo del Retiro: Marcar con “x”	Cese por excedencia, racionalización o reorganización	Renuncia sin incentivos económicos.		Renuncia con incentivos económicos	
	Destitución o despido	Término del contrato		Otra causa:	
Nombre de la Entidad 2:					
Periodo en que prestó servicios:		Del		Al:	
Motivo del Retiro: Marcar con “x”	Cese por excedencia, racionalización o reorganización	Renuncia sin incentivos económicos		Renuncia con incentivos económicos	
	Destitución o despido	Término del contrato		Otra causa:	

10. Información adicional relevante

Condición del postulante	
Acredita haber concluido SERUMS correspondiente a la profesión	SI__ NO__
Acredita ser deportista calificado con Certificado Vigente	SI__ NO__
Acredita condición de Discapacidad con resolución o carnet del CONADIS	SI__ NO__
Acredita ser Lic. de las FF.AA. acuartelado y no acuartelado(adjuntar Libreta Militar)	SI__ NO__
Acredita haber concluido estudios de maestría por la Beca "Haya de la Torre"	SI__ NO__
Relación laboral con ESSALUD en plazo indeterminado en los 12 últimos meses	SI__ NO__
*Actualmente mantiene vínculo laboral y/o contractual con ESSALUD	SI__ NO__

* De ser Sí la información citada indicar la modalidad de labores y tiempo de servicio:

() Nombrado () Plazo Indeterminado** () CAS** () Suplencia**

**Tiempo de servicio: _____

11. Documentos que presenta:

Currículo vitae documentado	SI__ NO__
Declaración Jurada sobre Incompatibilidad y Nepotismo	SI__ NO__
Copia Legible de DNI o CE vigente	SI__ NO__
Copia del Título profesional, técnico u otro que acredita la formación solicitada	SI__ NO__
Copia de certificados, constancias u otros que acreditan la experiencia laboral	SI__ NO__
Copia de diplomas u otros que acreditan la capacitación en el periodo señalado	SI__ NO__
Copia de Resolución de haber concluido el SERUMS, según a la profesión	SI__ NO__
Copia de Constancia de Colegiatura y Habilitación Profesional vigente	SI__ NO__
Otros documentos solicitados en la convocatoria	SI__ NO__

12. EN CASO DE ENCONTRARSE INCURSO EN UN PROCESO JUDICIAL PRECISAR:			
A. Objeto de proceso judicial o denuncia			
B. Institución comprendida en el proceso o denuncia			
C. Usted participa en calidad de:	Denunciante		Denunciado
	Demandante		Demandado
D. N° de Expediente o denuncia			AÑO
E. Instancia (Juzgado o sala, Fiscalía)			
F. Distrito Judicial			

13. Detalle de Experiencia Laboral:

- **¿Cuál es el motivo de su postulación a Essalud?**

- **¿Cómo se enteró de la convocatoria?**

() Web EsSalud () Bolsa de trabajo universitaria () Serv. Nacional del Empleo/ MINTRA

Otros: _____

- **¿Cuál es su mayor logro a nivel laboral? (relacionados con el puesto al que postula)**

- **¿Cuenta con experiencia profesional en Entidades Públicas o Empresas Privadas que estén relacionados al Sector Salud? (Mencione cargo y empresa)**

Para el efecto, declaro que cumplo todos los requisitos del cargo/servicio al cual postulo, que la información que presento es verdadera y que respetaré las normas que rigen el proceso de selección, asumiendo la responsabilidad civil y/o penal que se pudiera derivar de comprobarse lo contrario.

_____, ____ de _____ del 20____



Huella Digital

Firma

Nota: de comprobar la no veracidad de lo declarado, la institución podrá rescindir el contrato del personal suscrito con la consecuente denuncia por falsedad genérica.



TIPO DE PROCESO: () CAS () SUPLENCIA () REEMPLAZO

FORMATO 1: DDJJ DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN A PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL – ESSALUD

Complete este documento de acuerdo a los datos proporcionados en la solicitud de Inscripción

1. DATOS PERSONALES			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres Completos	DNI / CE
Domicilio		Provincia	Departamento
Teléfono Fijo		Teléfono Celular	

2. PROCESO DE SELECCIÓN AL QUE POSTULA (Conforme lo indicado en el Aviso de Convocatoria)												
Código del proceso	P.S.					-						- 2 0
Cargo / Servicio							*Código de Cargo / Servicio					
Especialidad (si se indica)												
Órgano							Dependencia					

(*) Completar sólo cuando este código se indica en el Aviso de Convocatoria

Fecha, Firma y Sello de Recepción

POSTULANTE