

Fecha: ____ / ____ / ____

FICHA DE POSTULACION
PROCESO DE CONVOCATORIA CAS N° - 2026-SIS-FISSAL

Código	
Nombre del Puesto	

NOTA: La información contenida en la presente Ficha de Postulación tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual el Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL, tomará en cuenta la información en ella consignada. El FISSAL se reserva el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente de los documentos presentados en copia.

Se le recuerda que cualquier dato consignado en esta Ficha de Postulación que resultara falso, ANULARÁ su condición de postulante, por ende no podrá continuar con el proceso de selección y el FISSAL se reserva de las acciones legales que crea conveniente.

A. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa)	
Lugar de Nacimiento: Dpto. / Prov. / Distrito	
N° de DNI o Carne de Extranjería	
N° de RUC	
Estado Civil	
Domicilio Actual	
Dpto. / Prov. / Distrito	
N° de Teléfono Fijo / Móvil (*)	
Correo Electrónico (*)	

*Consigne correctamente su número telefónico y dirección de correo electrónico, pues en caso de requerirse, la entidad utilizará tales medios para comunicarse con usted.

B. MARCAR CON UNA "X", SEGÚN CORRESPONDA:

1 He realizado el SERUMS o su equivalente	☐	5 Tengo Certificación OSCE	☐
2 Tengo Registro de Médico Auditor	☐	6 Tengo Colegiatura	☐
3 Tengo Licencia para Conducir Categoría A-II (Vigente)	☐	7 Tengo Habilitación	☐
4 Tengo Record de Conductor sin sanciones ni multas	☐	8 N° de Colegiatura	

C. FORMACIÓN ACADÉMICA, GRADO ACADÉMICO Y/O NIVEL DE ESTUDIO ALCANZADO

TIPO DE FORMACIÓN / GRADO ACADÉMICO	FORMACIÓN ACADÉMICA	UNIVERSIDAD / CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL GRADO O FECHA DE EGRESO (*)
UNIVERSITARIA				
TECNICA				
SECUNDARIA				
MAESTRÍA				
DOCTORADO				

(*) De consignar en Nivel Alcanzado - EN CURSO - indicar el CICLO O SEMESTRE alcanzado en la celda de Fecha de Expedición del Grado o Egreso (En caso considere la fecha de egreso en la etapa de evaluación curricular deberá adjuntar el documento de sustento)

Dejar los espacios en blanco para la formación académica que no aplique para el perfil.

D. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN

Cursos (incluye cualquier modalidad de capacitación: cursos, talleres, seminarios, conferencia, entre otros) con no menos de 12 horas de duración.

Programas de Especialización o Diplomados con no menos de 90 horas, o mayor a 80 horas en caso de ser organizados por disposición de un ente rector, en el marco de sus atribuciones normativas.

D.1 CURSOS, TALLERES Y/O SEMINARIOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)

Nº	CURSOS, TALLERES Y/O SEMINARIOS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS
1				
2				
3				
4				
5				

D.2 ESPECIALIZACION Y/O DIPLOMADOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)

N°	ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADOS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS
1				
2				
3				
4				
5				

E. CONOCIMIENTO PARA EL PUESTO

D.1 INFORMÁTICA E IDIOMAS

Nº	PROGRAMA (Word, Excel, Power Point, otros)	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO
1			
2			
3			

IDIOMA	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO

F. EXPERIENCIA

Cada experiencia laboral que se consigne deberá de ser registrada tal como lo indica el documento que sustente dicho fin (Certificado, Constancia, Boleta de Pago, Resolución, Orden de Servicio u otros) en el cual se debe observar claramente el **Cargo Desempeñado**, **Fecha de Inicio** y **Fin**.

F.1 EXPERIENCIA LABORAL GENERAL

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL		
							AÑOS	MES	DÍAS
1							0	0	0
2							0	0	0
3							0	0	0
4							0	0	0
5							0	0	0
6							0	0	0
7							0	0	0
8							0	0	0
9							0	0	0
10							0	0	0
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL GENERAL							AÑOS	MES	DÍAS
							0	0	0

F.1 EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA

Experiencia laboral asociada a la función y/o materia del puesto. (Registrar sólo las experiencias laborales relacionadas al puesto).

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL		
							AÑOS	MES	DÍAS
1							0	0	0
2							0	0	0
3							0	0	0
4							0	0	0
5							0	0	0
6							0	0	0
7							0	0	0
8							0	0	0
9							0	0	0
10							0	0	0
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA							AÑOS	MES	DÍAS
							0	0	0

PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Soy Licenciado de las Fuerzas Armadas y cuento con la Certificación y/o documentación correspondiente.		
En el caso marque "SI" indicar:		
N° Carnet de Licenciatura de la Fuerza Armada		

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Soy una persona con Discapacidad, y cuento con la acreditación correspondiente de conformidad con lo establecido por la LEY N° 27050, CONADIS.		
En el caso marque "SI" indicar:		
N° Código de CONADIS		

REQUISITOS GENERALES (MARQUE CON UN ASPA)			
Tiene capacidad de contratación, de acuerdo a ley	Si	No	
Registra antecedentes policiales	Si	No	
Registra antecedentes penales	Si	No	
Registra antecedentes judiciales	Si	No	
Mantiene relación como socio, accionista, acreedor, deudo, sea persona natural o jurídica bajo cualquier modalidad de empresas que mantengan contratos vigentes con el estado	Si	No	
Ha tenido o tiene sentencia firme por delito de terrorismo, apología al terrorismo o violación contra la libertad sexual, ni delitos de corrupción de funcionarios públicos	Si	No	
Se encuentra inscrito en el registro de deudores alimentarios morosos-REDAM	Si	No	
Se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC)	Si	No	
Se encuentra inscrito en el registro de deudores de Reparación Civil-REDERECI	Si	No	
Tiene impedimentos para contratar con el Estado, de acuerdo al artículo 11 de la Ley N° 30225 Ley de Contrataciones del Estado y sus modificatorias	Si	No	
Se encuentra inhabilitado para ejercer la función pública por decisión administrativa firme o sentencia judicial con calidad de cosa juzgada	Si	No	
Se encuentra inhabilitado o con sanción vigente en su Colegio Profesional, de ser el caso	Si	No	
Disponibilidad inmediata para viajar a provincias	Si	No	
Disponibilidad inmediata para laborar	Si	No	
Cumple con el perfil del puesto convocado	Si	No	
Percebir del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso, por ser incompatible la percepción simultanea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado.	Si	No	
Tener en la institución, familiares hasta el 4to grado de consanguinidad, 2do de afinidad o por razón de matrimonio, con la facultada de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al FISSAL.	Si	No	
Para lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley 26771 y su Reglamento.			

DECLARACION JURADA DE VERACIDAD DE DATOS PERSONALES
Yo identificado/a con DNI N° domiciliado en con correo electrónico: teléfono celular: al amparo de lo dispuesto por en el artículo 49 del Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, que aprueba el TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente: Que, la información presentada en el proceso de contratación CAS, es veraz y sujeto a fiscalización posterior.

La información contenida en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente, así como solicitar la acreditación de la misma. El postulante se somete al proceso de fiscalización posterior que lleva a cabo el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL. Si el postulante oculta información y/o consigna información incompleta o falsa será excluido del proceso de selección de personal. En caso de haberse producido la contratación laboral, incurrirá en comisión de falta grave y se iniciará el procedimiento correspondiente, con arreglo a las normas vigentes, sin perjuicio de la responsabilidad administrativa, civil y/o penal, que haya lugar, reservándose el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL el derecho de llevar a cabo la verificación posterior correspondiente.

En cumplimiento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, le informamos que los datos personales consignados por usted en el marco de la etapa de inscripción de postulantes del presente proceso CAS, serán incorporados a un banco de datos cuyo responsable es el Fondo Intangible Solidario de Salud, con el fin de validar sus datos, registrar su solicitud de postulación y utilizarlos para los fines propios del proceso. Usted queda informado y autoriza de manera libre e inequívoca dicho tratamiento para las finalidades informadas. Le garantizamos la total confidencialidad sobre los mismos y nos comprometemos a custodiarlos, protegerlos y a no transferirlos a terceros.

Firma del Postulante
DNI: