

FORMATO N° 01

SOLICITO POSTULAR A CONVOCATORIA DE PERSONAL

SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN CAS N° 004-2023-HDAC/P (Art. 27 - Ley 31538)

S.P.

Apellidos y Nombres: ..... DNI N° .....

Dirección domiciliaria actual: .....

Número telefónico: ..... Correo electrónico .....

Estado Civil: ....., ante usted me presento para exponer lo siguiente:

Que, habiendo tomado conocimiento de la CUARTA CONVOCATORIA DEL PROCESO DE REASIGNACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD N° 004-2023-HDAC/P (Art. 27° - Ley N° 31538) para la contratación de los servicios de profesionales de la salud en el Hospital Daniel Alcides Carrión; a través de la presente solicitud, expreso mi interés en dicha contratación y solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por el Comité que usted preside, se me considere como postulante a la plaza ....., para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

POR TANTO,

A usted pido señor Presidente de la Comisión de Selección de Personal CAS- acceder a mi solicitud.

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

.....  
FIRMA DEL POSTULANTE  
DNI N° .....

**FORMATO N° 2**  
**FORMATO FICHA DE CURRICULUM VITAE (CV)**

N° DE PROCESO:

NOMBRE DEL PUESTO:

**I. DATOS PERSONALES:**

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:      
Lugar    día/mes/año

NACIONALIDAD:  ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  R.U.C.:

N° BREVETE: (SI APLICA):

DIRECCION:   
Avenida/Calle                      N°                      Departamento

CIUDAD:  DISTRITO:

TELEFONO FIJO:  CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (De corresponder)

REGISTRO N°:  HABILITACIÓN: SI  NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (De corresponder): SI  NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

**Cursos y/o Capacitación**


**ESPECIFICAR IDIOMA O DIALECTO ESTUDIADO:**

Idioma 1:  Idioma 2:

Nivel Idioma 1  Nivel Idioma 2

**II. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación {día/mes/año}	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública:  Privada:

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación {día/mes/año}	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
3					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública:  Privada:

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación {día/mes/año}	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
4					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública:  Privada:

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación {día/mes/año}	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
5					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública:

Privada:

Nota: Se podrá añadir más cuadros si es necesario.

Experiencia (Registrar el tiempo total de experiencia general y específica)		Tiempo Total (años, meses, días)
Experiencia Laboral General	<b>En el Sector Público:</b> En total (Sector Público y/o Privado)	
	<b>En el Sector Privado:</b> En total (Sector Público) como servidor CAS COVID al 31 de julio de 2022	

Nota: Considerar desde egresado y según el detalle de lo registrado en el detalle de la experiencia laboral y/o profesional.

Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso:

Marcar con un aspa según corresponda:

SI  NO

### III. REFERENCIAS LABORALES

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando.

N°	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de jefe inmediato o persona que refiere	Teléfono actual
1				
2				
3				

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

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**  
DNI N° .....

**FORMATO N° 03**  
**FORMATO DE DECLARACION JURADA**

El/la que suscribe: .....

Identificado/a con DNI:  CE:  N°..... domiciliado/a en .....

.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

- ✓ No registrar Antecedentes Penales, Policiales, ni Judiciales, gozar de Buena Salud Física y Mental y estar habilitado para contratar con el Estado.
- ✓ Asimismo, no registro sentencias condenatorias consentidas y/o ejecutoriadas por alguno de los siguientes delitos:
  - a) Delito de tráfico ilícito de drogas, artículos 296, 296-A primer, segundo y cuarto párrafo; 296-8, 297; delitos de concusión, artículos 382, 383, 384; delitos de peculado, artículos 387; 388, 389; delitos de corrupción de funcionarios, artículos 393, 393-A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 y 401 del Código Penal.
  - b) Delito de financiamiento de terrorismo, establecido en el artículo 4-A del Decreto Ley 25475, Decreto Ley que establece la penalidad para los delitos de terrorismo y los procedimientos para la investigación, la instrucción y el juicio, con la finalidad de sancionar el delito de financiamiento del terrorismo.
  - c) Delitos previstos en el artículo 1, actos de conversión y transferencia; artículo 2, actos de ocultamiento y tenencia; y, artículo 3, transporte, traslado, ingreso o salida por territorio nacional de dinero o títulos valores de origen ilícito, contemplados en el Decreto Legislativo 1106, Decreto Legislativo de lucha eficaz contra el lavado de activos y otros delitos relacionados a la minería ilegal y crimen organizado.
  - d) Delito de apología al terrorismo, artículo 316-A, del Código Penal.
  - e) Delito contra la libertad sexual, artículo 108-8, de la Ley 30076, Ley que modifica el código penal, código procesal penal, código de ejecución penal y el código de los niños y adolescentes y crea registros y protocolos con la finalidad de combatir la inseguridad ciudadana.
  - f) Sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles.
- ✓ No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM, creado por la Ley N° 28970.
- ✓ No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles - RNSSC.

En caso de resultar falsa o inexacta la información que proporciono, asumo la responsabilidad administrativa, civil y penal según corresponda y me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos - Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública - Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 34° del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**  
DNI N° .....

**FORMATO N° 4**  
**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Señores.  
**COMITÉ DE EVALUACIÓN CAS N° 004-2023-HDAC/P**  
**(Art. 27 - Ley 31538)**

Presente.-

Por el presente documento, Yo .....  
identificado (a) con DNI N° ..... Domiciliado(a) en .....  
..... en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su  
reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, y modificado mediante  
Decretos Supremos N° 017-2002-PCM y 034-2005-PCM; y al amparo del Artículo Preliminar  
1.7 de la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis  
derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

**SI**

**NO**

Cuento con parientes hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad, y/o  
Cónyuge que a la fecha se encuentra prestando servicios en el Hospital Daniel Alcides  
Carrión de Pasco.

En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con  
quien(es) me une en vínculo legal indicado es (son):

<b>NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS</b>	<b>GRADO DE PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL</b>	<b>OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS</b>

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

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**  
DNI N° .....

Grado de Parentesco por línea de consanguinidad y afinidad

<b>Grado</b>	<b>Titular /cónyuge</b>			
1°	Padre / Madre	Suegro (a)	Hijo (a)	Yerno / nuera
2°	Abuelo (a)	Hermano (a)	Cuñado (a)	Nieto (a)
3°	Bisabuelo (a)	Tío (a)	Sobrino (a)	Bisnieto (a)
4°	Primo (a)			

El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada cónyuge se halla en igual línea de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso del divorcio y mientras viva el ex cónyuge. (Art. 237° del Código Civil).

FORMATO N° 5  
(De corresponder)

**DECLARACION JURADA DE ENCONTRARME COLEGIADO Y TENER VIGENTE  
HABILIDAD PROFESIONAL**

Yo,....., identificado(a) con DNI/C.E. N°  
....., domiciliado(a) en .....  
....., distrito ....., provincia  
y departamento de ..... de profesión .....  
....., con registro N° ..... y R.N.E. N° .....  
declaro estar habilitado en el ejercicio profesional como .....  
y a mi especialidad de .....

Asimismo, declaro que todos los datos consignados anteriormente son verdaderos,  
sometiéndome a las sanciones de ley vigente en caso de falsedad de la presente  
declaración.

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

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**  
DNI N° .....

FORMATO N° 6

**DECLARACIÓN JURADA PARA BONIFICACIÓN**

Yo ..... Identificado(a) con DNI N° ....., con domicilio real en ..... de nacionalidad ....., Edad ..... de estado civil ..... Profesión ....., a efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como .....en el Hospital Daniel Alcides Carrión, manifiesto con carácter de DECLARACIÓN JURADA lo siguiente:

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD**

(Marque con "X" la respuesta)

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por la CONADIS		

**BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

(Marque con "X" la respuesta)

PERSONA LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Usted es una persona Licenciado/a de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo descrito en el Art. 61° de la Ley 29248 que establece criterios para asignar una bonificación en concursos para puestos de trabajo en la administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de Licenciado.		

**BONIFICACIÓN POR DEPORTISTA CALIFICADO**

(Marque con "X" la respuesta)

DEPORTISTA CALIFICADO	SI	NO
Usted es una persona reconocida como Deportista Calificado, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley N° 27674, que establece el acceso de deportistas calificados de alto nivel a la administración pública, y cuenta con la acreditación otorgada por la Federación Peruana del Deporte y el Comité Olímpico Peruano.		

Cerro de Pasco ..... de..... de.....

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**  
DNI N° .....