

ESQUELA DE POSTULACIÓN
(pegar en sobre manila)

HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO

CONVOCATORIA PÚBLICA CAS N°002-2024-GR-CAJ/DRSC/HSMC

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

DNI: _____

PROFESIÓN: _____

LUGAR AL QUE POSTULA: _____

CARGO AL QUE POSTULA: _____ **CÓDIGO DE LA PLAZA** _____

N° DE FOLIOS: _____

ANEXO N°01: SOLICITUD DE INSCRIPCION

SOLICITO: INSCRIPCIÓN PARA EL CONVOCATORIA PÚBLICA CAS N°003-2024-GR-CAJ/DRSC/HSMC– UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITOS-CONVOCATORIA PÚBLICA CAS N°003-2024-GR-CAJ/DRSC/HSMC– UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO

Presente.-

Yo;, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad N°, con domiciliado en:, ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que, enterado(a) de los requisitos y condiciones que establece el proceso de selección del **CONVOCATORIA PÚBLICA CAS N°003-2024-GR-CAJ/DRSC/HSMC– UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO**, publicada en su página Web y en la Sede Institucional, solicito a Usted mi inscripción, y por lo tanto, considéreme como postulante para el cargo de..... y el lugar de la prestación del servicio en:, identificado con código de Plaza N°....., para lo cual adjunto mi expediente sustentado con los requisitos que consta de folios. Y teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la comisión que Usted preside, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

Por lo antes expuesto.

Solicito a Usted, aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

Cutervo, de de 2024.

Firma del Postulante

DNI N°



Huella Dactilar

ANEXO N° 02: FORMATO ÚNICO DE DATOS DEL POSTULANTE

I. DATOS PERSONALES:

Nombres y Apellidos

Lugar y Fecha de nacimiento :

Estado Civil :

País :

Tipo de Documento de Identidad : DNI () Pasaporte() Carnet de Extranjería ()

Número de Documento de Identidad :

Registro Único de
Contribuyentes Dirección :

Distrito :

Provinc :

ia :

Depart :

amento :

Número de : SI () NO ()

Teléfono : SI () NO ()

Número de

Celular

Correo

electrónico

Colegio

Profesional

Registro Nro.

Persona con

discapacidad N°

CONADIS

Licenciado de las fuerzas armadas : SI () NO ()

II. ESTUDIOS REALIZADOS:

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo detallado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio correspondiente:

GRADO O TÍTULO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO	CIUDAD/PAÍS	N° DE FOLIOS
-------------------	-----------------------	--------------	--------------------------------------	-------------	-----------------

*Se puede agregar más filas en caso lo requiera

III. CURSOS O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio correspondiente.

TIPO	NOMBRE	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA DE INICIO / FIN	CIUDAD/PAÍS	N° DE FOLIOS
------	--------	-----------------------	--------------------------	-------------	--------------

(*)Se puede agregar más filas en caso lo requiera

IV. EXPERIENCIA LABORAL:

a) Experiencia Laboral General:

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio correspondiente.

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	TIEMPO EN EL CARGO	FOLIOS
----	--------------------------------------	----------------------	--------------------	--------------	-----------------------	--------

(*) Para el cálculo final del tiempo de experiencia se ha considerado: 1 año = 365 días, 01 mes = 30 días

(*)Se puede agregar más filas en caso lo requiera

b) Experiencia en el área o afines:

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	TIEMPO EN EL CARGO	FOLIOS
----	--------------------------------------	----------------------	--------------------	--------------	-----------------------	--------

(*) Para el cálculo final del tiempo de experiencia se ha considerado: 1 año =365 días, 01 mes= 30 días

(*) Se puede agregar más filas en caso lo requiera

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y en caso lo consideren necesario autorizo su investigación, sometiéndome a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

Firma	Huella

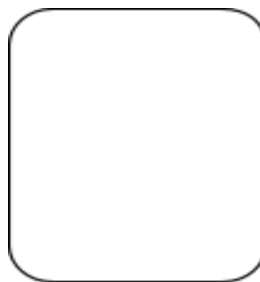
ANEXO N° 03: DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD

Yo,, identificado(a) con DNI
....., declaro bajo juramento, no tener inhabilitación vigente para
prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE
DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD

Cutervo, de de 2024

Firma del Postulante

DNI N°



Huella Dactilar

(*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la "Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD". En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

ANEXO N°04: DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS.

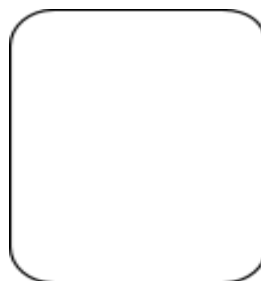
Por _____ la _____ presente, yo _____

identificado/a con DNI N° _____, declaro bajo juramento lo siguiente: *"No tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970".*

Cutervo, de de 2024.

Firma del Postulante

DNI N°



Huella Dactilar

ANEXO N° 05: DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO

(Ley N° 26771 - D.S. N° 021-2000-PCM – D.S.017-2002-PCM – D.S. N° 034-2005-PCM)

Yo;, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad N°, con domiciliado en:

en condición de postulante al Concurso **CAS N°003-2024-GR-CAJ/DRSC/HSMC– UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL SANTA MARIA DE CUTERVO**, al amparo del Principio de Veracidad señalado en el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 51° del TUO de la Ley del procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Declaro que a la fecha **SI () NO ()**, tengo pariente(s) laborando en HOSPITAL SANTA MARIA CUTERVO, con facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar el ingreso a laborar en esta entidad (Padre/ hermano/ hijo / tío / sobrino / primo / nieto / cuñado); **en caso de ser su respuesta positiva señalarlo a continuación:**

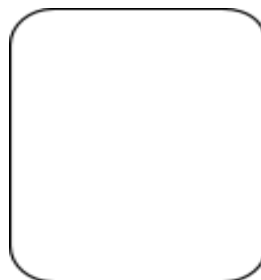
N°	APELLIDOS (PATERNO Y MATERNO) Y NOMBRES COMPLETOS DEL FAMILIAR	DEPENDENCIA EN LA QUE LABORA O PRESTA SERVICIOS	PARENTESCO

Manifiesto, que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances establecidos en los artículos 411° y el 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometen falsedad, simulando o alternando la verdad intencionalmente.

Cutervo, de de 2024.

Firma del Postulante

DNI N°



Huella Dactilar

**ANEXO N° 06: DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y DE
BUENA SALUD**

Yo;, identificado(a) con
Documento Nacional de Identidad N°, con domiciliado en:
.....
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, **gozo de buen estado de salud mental y que no padezco de ninguna enfermedad infecto contagiosa.**

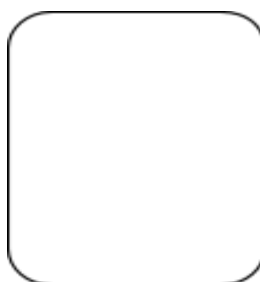
Asimismo, **no tengo antecedentes policiales, penales ni judiciales.**

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y del artículo 51° del TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Cutervo, de de 2024.

Firma del Postulante

DNI N°



Huella Dactilar

**ANEXO N° 07: DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON PROCESOS
ADMINISTRATIVOS SANCIONADORES VIGENTES.**

Yo;, identificado(a) con
Documento Nacional de Identidad N°, con domiciliado en:
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

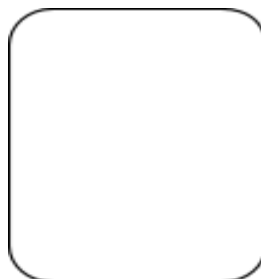
1. ☐ No encontrarse sancionado en ninguna entidad pública, de haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación.
2. ☐ No encontrarse inhabilitado o sancionado por su colegio profesional, si fuere el caso.
3. ☐ No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido, en los últimos doce meses anteriores al Concurso.
4. ☐ No tener antecedentes policiales, judiciales ni penales.
5. ☐ No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
6. ☐ No percibir ingresos del Estado, bajo otra modalidad.
7. ☐ De compromiso de disponibilidad inmediata a la suscripción del contrato.

Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente declaración jurada.

Cutervo,..... de, del 2024.

Firma del Postulante

DNI N°



Huella Dactilar

