



ANEXO N° 01

CONCURSO CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Señor Presidente de la Comisión de Concurso CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI de la Red de Salud Puerto Inca.

S.P.

Yo -----con DNI
N° -----, Estado Civil ----- y con domicilio
legal en -----, con el debido respeto me presento y
usted y expongo:

Que, deseando participar en el concurso CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI, para brindar el
servicio de (indicar el cargo al que postula)
Cargo -----, solicito que se me admita
como postulante; dejando constancia de que tengo conocimiento de las bases del concurso a
las cuales me someto para intervenir en este proceso.

Para tal efecto declaro bajo juramento que los documentos que se presentan en el concurso
proporciona información veraz y que no me encuentro incurso en ningún de los
impedimentos consignados en el artículo 4° del D.S. N° 0075-2008-PCM (leer pie de página)

Puerto Inca, -----de -----de 2022

FIRMA.....

Nombres:

DNI-----

TELEFONO Y/O CELULAR:

D.S. N° 075-2008-PCM

Artículo 4: impedimentos para contratar y prohibición de doble percepción

4.1 No pueden celebrar contratos administrativos de servicios las personas con inhabilitación administrativa o judicial para contratar con el estado.

4.2 Están impedidos de ser contratados bajo régimen de contratos administrativos de servicios quienes tienen impedimento para ser postores o contratistas, expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.

4.3 Están impedidos de percibir ingresos por contratos administrativo de servicios aquellas personas que perciben otros ingresos del estado, salvo que, en este último caso, dejen de percibir esos ingresos durante el período de contratación administrativa de



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HUÁNUCO



RED DE SALUD PUERTO INCA
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
*Respeto a la Identidad e Interculturalidad de las naciones y pueblos
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional"*

servicios.

La prohibición no alcanza, cuando la contraprestación que percibe proviene de la actividad docente o por ser miembros únicamente de un órgano colegiado



ANEXO N° 2

CONCURSO CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI

DECLARACION JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES Y JUDICIALES

Conste por el presente documento, la declaración jurada de no tener antecedentes penales y judiciales que formulo yo,

-----con DNI N°
----- domicilio en -----
.....Estado Civil
N°

, para lo cual le presento y:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE NO TENGO ANTECEDENTES PENALES Y JUDICIALES

Puerto Inca,dede 2022.

FIRMA.....

Nombres: -----

DNI N° -----



ANEXO N° 03

CONCURSO CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI

DECLARACION JURADA DE INCOMPATIBILIDAD

Conste por el presente documento, la declaración jurada de parentesco que formulo yo,

----- con DNI N°
----- estado civil----- y con
domicilio legal en -----, en Aplicación de la
Ley N° 27588 y su Reglamento D.S. N° 019-2002-PCM.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que no me encuentro incurso dentro de los Impedimentos previstos en la Ley N° 27588 "Ley de Prohibiciones e Incompatibilidades de Funcionarios y servidores público, así como de las personas que prestan servicio al estado bajo cualquier modalidad.

Puerto Inca,dede 2022.

Firma:



ANEXO N° 04

CONCURSO CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI

DECLARACION JURADA DE PARENTESCO

Conste por el presente documento, la declaración jurada de parentesco que formulo yo,

----- con DNI N° ----- estado
civil..... y con domicilio legal en
-----, en aplicación de la Ley N° 26771 y su
Reglamento D.S. N° 021-2000-PCM.

DECLARO BAJO JURAMENTO (Marca con una X según corresponda)

TENER: Relación de parentesco, vínculo matrimonial o unión de hecho con funcionarios, trabajadores o asesor de la Red de Salud Puerto Inca que señalo a continuación: (indicar nombres y apellidos, grado de parentesco cargo o posición que ocupa).....

NO TENER; Relación de parentesco, vínculo matrimonial o unión de hecho con funcionarios, trabajadores o asesor de la Red de Salud Puerto Inca..... ()

NO ESTAR: incurso en ninguna de las causales de nepotismo que regula la Ley N° 26771 y su Reglamento D.S. N° 021-2000-PCM.....()

Puerto Inca,dede 2022.

FIRMA.....

Nombres: -----

D.N.I. N°-----



ANEXO N° 05

CONCURSO CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI

DECLARACION JURADA DE CONTAR CON BUENA SALUD

Conste por el presente documento, la declaración jurada de parentesco que formulo yo,

----- con DNI N°

----- estado civil..... y con

domicilio legal en

DECLARO BAJO JURAMENTO

GOZAR de Buena Salud Física y Mental. En caso de resultar falsa la información que proporcione, declaro haber incurrido en delito de falsa declaración en procesos en aplicación de la Ley N° 27588 y su Reglamento D.S. N° 019-2002-PCM.

NO encontrarme incurso dentro de los Impedimentos previstos en la Ley N° 27588 "Ley de Prohibiciones e Incompatibilidades de Funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que prestan servicio al estado bajo cualquier modalidad.

Puerto Inca,de.....de 2022.

FIRMA.....



ANEXO N° 06

CONCURSO CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE DATOS Y DOCUMENTOS CONSIGNADOS

Yo, _____ identificado (a) con DNI

N° _____ con _____ domicilio _____ en

_____ Adjudicado

a la plaza vacante _____ del Puesto/Centro de Salud

_____ Con Profesión _____,

DECLARO BAJO JURAMENTO, la autenticidad de los datos y Documentos consignados en la hoja de vida presentada en el CONCURSO CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI del régimen laboral D.L N° 1057, caso contrario estaré incurriendo en delito contra el Código Penal vigente y la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General aprobado mediante Decreto Supremo N°004-2019-JUS.

Así mismo me comprometo a entregar a la comisión evaluadora los documentos originales, si así lo estima conveniente.

Puerto Inca, _____ de _____ del 2022



Firma

Huella



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HUÁNUCO

RED DE SALUD PUERTO INCA
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional"



CURRICULUM VITAE

(Llenado con letra imprenta Legible)

CARGO AL QUE POSTULA:

(Indicar el lugar de establecimiento)

CONCURSO CAS N° 005-2022-GRHCO-RSPI

I. DATOS PERSONALES

APELIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO	
DNI	
RUC	
DOMICILIO LEGAL (indicar Distrito y Provincia)	
TELEFONO	
CELULAR (indicar, RPM, RPC, etc)	
EMAIL	
COLEGIO PROFESIONAL	
COLEGIATURA N°	
RESOLUCION DE SERUMS	



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HUÁNUCO
RED DE SALUD PUERTO INCA
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Respetando la Igualdad, fortaleciendo la salud y la vida
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional"



PERIODO DE SERUMS



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HUÁNUCO



RED DE SALUD PUERTO INCA
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional"

II.- ESTUDIOS REALIZADOS

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los diplomas correspondiente título profesional, título de técnico o bachiller (fotocopias Fedateadas y/o legalizados).

Nº	Título	Especialidad	Fecha de Título (mes/año)	Universidad	Folios
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HUÁNUCO



RED DE SALUD PUERTO INCA
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional"

III.- EXPERIENCIA DE TRABAJO

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, solo los datos que son requeridos en cada una de las áreas y/o especialidad profesional que serán calificados. En el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad mencionar cuales y completar los datos respectivos.

a) EXPERIENCIA

Mi experiencia profesional acumulada es de.....

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado según su constancia o contrato	Fecha de inicio (mes/año)	Fecha de Culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Folios
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HUÁNUCO



RED DE SALUD PUERTO INCA
Redes de la Igualdad e inclusión para las mujeres y niños
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional"

IV. CAPACITACION

La capacitación deberá estar relacionada al cargo al que postula y a los términos de referencia. La información proporcionada en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar las copias de las respectivas constancias, certificados u otros que acrediten la capacitación (fotocopias fedateadas y/o legalizados).

Nº	Denominación del Diploma, Curso, Taller, Seminarios u otros	Universidad o Entidad que lo dictó	Fecha de expedición (mes/año)	Horas acreditadas en el certificado	Folio del documento que lo acredite
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HUÁNUCO



RED DE SALUD PUERTO INCA
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Por la Salud y en solidaridad con las mujeres y niños
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional"

8					
---	--	--	--	--	--

DECLARO QUE SOLO PODRE SER EVALUADO EN BASE A LA INFORMACION QUE EXPONGO EN EL PRESENTE FORMULARIO, QUE POSEO LOS ORIGINALES DE LAS COPIAS FOTOSTATICAS PRESENTADAS.

DECLARO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ES VERAZ Y EN CASO NECESARIO AUTORIZO INVESTIGACION.

DE SER CONTRATADO Y DE VERIFICARSE QUE LA INFORMACIÓN SEA FALSA, ACEPTO EXPRESAMENTE QUE LA ENTIDAD PROCEDA A MI RETIRO AUTOMATICO, SIN PERJUICIO DE APLICARSE LAS SANCIONES LEGALES QUE ME CORRESPONDAN.

Puerto Inca,dede 2022.

NOMBRES Y APELLIDOS /O SELLO
FIRMA DEL POSTULANTE



**DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HUÁNUCO**

RED DE SALUD PUERTO INCA

Trabaja por la Salud y en conjunto por las mejores acciones

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional"

