



## 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  
Nº -----, 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 inciso en ningún de los impedimentos consignados en el artículo 4º 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 administrativos de servicios aquellas personas que perciben otros ingresos del estado, salvo que, en este último caso, dejen de percibir esos ingresos durante el periodo de contratación administrativa de



servicios.

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



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HUÁNUCO

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



## 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, .....de .....de 2022.*

**FIRMA.....**

*Nombres: -----*

*DNI N° -----*



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HUÁNUCO

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



## 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 incursa 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, ..... de ..... de 2022.*

*Firma: .....*



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HUÁNUCO

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



## 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:** incursio en ninguna de las causales de nepotismo que regula la Ley N° 26771 y su Reglamento D.S. N° 021-2000-PCM.....( )

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

**FIRMA**.....

Nombres: -----

D.N.I. N°-----



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HUÁNUCO

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



## 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 proporciono, 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 incursa 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.....*



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HUÁNUCO

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



## ANEXO N° 06

### CONCURSO CAS N° 006-2022-GRHCO-RSPI

#### **DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE DATOS Y DOCUMENTOS CONSIGNADOS**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con DNI  
Nº \_\_\_\_\_ 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



## ***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***

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



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HUÁNUCO

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



**PERIODO DE SERUMS**



**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					



### 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						



#### 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					



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HUÁNUCO

RED DE SALUD PUERTO INCA  
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
"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, ACEPTE EXPRESAMENTE QUE LA ENTIDAD PROCEDA A MI RETIRO AUTOMATICO, SIN PERJUICIO DE APlicarse LAS SANCIONES LEGALES QUE ME CORRESPONDAN.*

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

**NOMBRES Y APELLIDOS /O SELLO  
FIRMA DEL POSTULANTE**



DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HUÁNUCO

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

