MODELO DE RÓTULO PARA EL SOBRE

MODELO DE RÓTULO PARA EL FOLDER

PR	DE SERVICIOS (PROFESIONAL,	CAS) TEMPORAI TÉCNICO, AUXI	CONTRATACIÓN AD DE PERSONAL AS LIAR Y ADMINISTR ED DE SALUD PACH	ISTENCIAL, ATIVO Nº
5.	APELLIDOS Y NO	OMBRES DEL POS	TULANTE:	
•				
6.	CARGO	AL	QUE	POSTULA:

7.	LUGAR	AL	QUE	POSTULA	(EESS):
8.	NRO FOLIOS				FECHA:

SOLICITUD DE INSCRIPCION

SOLICITO: INSCRIPCIÓN PROCESO DE CONCURSO PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (CAS) TEMPORAL DE PERSONAL ASISTENCIAL, PROFESIONAL, TÉCNICO, AUXILIAR Y ADMINISTRATIVO № 005-2025-GRHCO-RSP, DE LA RED DE SALUD PACHITEA

ADMINISTRATIVA DE SE	LA COMISIÓN DEL PROCESO DE RVICIOS (CAS) TEMPORAL DE P MINISTRATIVO № 005-2025-GRHO	ERSONAL ASIS	STENCIAL, PROFESIONAL,
con DNI Nºlegal en			y con domicilio
usted y expongo:	, con	el debido res	speto me presento ante
ADMINISTRATIVA DE SE TÉCNICO, AUXILIAR Y A (indicar el cargo al que dejando constancia de que para intervenir en este proporciona información momento que la Unidad	ipar en el PROCESO DE CORVICIOS (CAS) TEMPORAL DE POMINISTRATIVO № 005-2025-Gipostula), soliciue tengo conocimiento de las basoceso. Dajo juramento que los documento veraz (debiendo presentar mode Recursos Humanos lo estimento en ningún de los impedimentos	eRSONAL ASIS RHCO-RSP, par to que se me ses del concurs entos que se p i currículo vit conveniente u	stencial, Profesional, ra brindar el servicio de, en la Plaza de: admita como postulante; so a las cuales me someto presentan en el concurso ae original en cualquier na vez adjudicado) y que
013-2003-F CIVI.	Panao, de		del 2025
ı			1
	FIRMA DNI:	HUELLA DIGITAL	

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER NINGÚN IMPEDIMENTO LEGAL PARA TRABAJAR EN EL SECTOR PÚBLICO

Yo con D en			, RUC N				. y con dom	icilio legal
 juram				, con el d	ebido res	speto me p	resento y de	claro bajo
Marca	ar con un X	·•						
1.	Cumplo	con			pa	ra el	carg	0
aesen 2. 3.	No tengo	o la prohibición tengo		nencia en la pl	aza actua policia	•	ato penales	
4.	Tengo	evalua	ción	satisfactor	ia	de	compo	rtar
5. 6.	No tengo No	o procesos adm	inistrativo regis	os en otras insti tro en		en los últim Deudores		mentarios
Conte	star SI o N	O según corres	ponda:					
*En ca	onario de co aso de ser	TENER parent onfianza o direc afirmativo, indi	ctivo, ases	or o miembro o	le la comi	isión del co	ncurso.	
Nomb		de		la	-	sona	re	lacionada:
Paren	tesco:			Cargo			que	ocupa:
*En ca Entida	al al que pe aso de ser ad:	TENER sanción rteneció. afirmativo, indi	car:					
 Fecha	de Inicio nistrativa	:	Fed	cha de Término	o: similar		Especifica	
pudie consig	ro somete ran derivai gnados o d	rme a la norma , a ser descalific documentación institución cons	atividad vi cado en ca presenta	gente, a las res aso de ganar un da sean falsos,	sponsabili a plaza y	idades civile en caso que	e algunos de	los datos

Panao, de del 2025

FIRMA	HUELLA
DNI:	DIGITAL

BONIFICACIONES DE LEY

con DNI №en	, RUC N°, con el d		y con domicilio legal
Contestar SI o NO según	corresponda:		
1. BONIFICACION A	PERSONAS CON DISCAPACIDAD:		
	ertificado de discapacidad otorg con Discapacidad (CONADIS), cor		•
2. BONIFICACION D	EL PERSONAL DE LAS FUERZAS A	RMADAS.	
condición de licenciado o	tificación y registro emitido por la de las fuerzas armadas, de confor lencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVI	rmidad con lo e	· ·
	Panao,	de	del 2025
	<u> </u>	I	1
	FIRMA DNI:	HUELLA DIGITAL	

CURRICULUM VITAE

(Llenado con letra imprenta Legible)

CARGO	AL QUE POSTULA:	
LUGAR	DEL PUESTO O CENTRO DE SALUD (QUE POSTULA:
l.	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 №	
	Nº RESOLUCION DE SERUMS	
	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 simples)

Nº	Título*	Especialidad	Fecha de Título** (mes/año)	Universidad	Folio
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

III. EXPERIENCIA DE TRABAJO

En esta sección, el postulante deberá proporcionar únicamente la información solicitada en cada área y/o especialidad profesional sujeta a evaluación. Si ha desempeñado múltiples cargos dentro de una misma entidad, deberá mencionarlos detallando los datos correspondientes en cada caso.

(OBLIGATORIO: Colocar experiencia acumulada)

a) EXPERIENCIA		
Mi experiencia profesional acumulada es de: _	Años y	meses

	Nombre de la	Cargo	Fecha de	Fecha de	Tiempo	
	Entidad o	Desempeñado	Inicio	Culminación		Folio
Nº	Empresa	según su constancia		(Mes/Año)	cargo	
	•	o contrato	, , ,	, ,		
-						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

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 simples)

Νº	Denominación del diploma, curso, taller, seminarios u otros	Universidad	Fecha de expedición (mes/año)	Horas acredi-ta das	Folio
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

- Declaro que solo podre ser evaluado en base a la información que expongo en el presente formulario, que poseo los originales de las copias fotostáticas presentadas comprometiéndome a presentarlo en cualquier momento que la Unidad de Recursos Humanos lo requiera en caso salgo ganador.
- Declaro que la información proporcionada es veraz y en caso necesario autorizo la investigación y me someto a las sanciones.

FIRMA	HUELLA
DNI	DIGITAL