ETIQUETA PARA SOBRE

SEÑORES:
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA
Comité de Selección CAS 001-2023-HDH
Presente.-

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
HUANCAVELICA

CONVOCATORIA DE PROCESO CAS Nº 001-2023-HDH

CARGO AL QUE POSTULA: .....

APELLIDOS Y NOMBRES: .....

.....

TIPO DE DOCUMENTO: ..... NÚMERO DE DOCUMENTO: .....

NÚMERO DE TELÉFONO Y/O CELULAR: .....

ANEXO N°01

(HOJA RESUMEN)

CURSOS Y CAPACITACIONES (UN CRÉDITO ES EQUIVALENTE A 17 HORAS)			
	TEMA	CRÉDITOS	N° DE FOLIO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

EXPERIENCIA LABORAL (SOLO SECTOR PÚBLICO)					
	INSTITUCIÓN PÚBLICA	INICIO	TÉRMINO	TIEMPO	N° FOLIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
	TOTAL				

ANEXO Nº02
CONTENIDO DE HOJA DE VIDA

FORMATO DE HOJA DE VIDA

I. DATOS PERSONALES:

_____/_____/_____
Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

_____/_____/_____/_____/_____/_____
Departamento Provincia Distrito Día Mes Año

ESTADO CIVIL: _____

NACIONALIDAD : _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente) : _____/_____
Tipo (DNI/CE/...) Número

REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES (RUC) N° _____

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

_____/_____/_____/_____
Tipo Dirección (Avenida/Calle/Jirón,etc) Nombre Dirección Num/Mz/Lt Dpto/Int

URBANIZACIÓN / ZONA : _____

DISTRITO : _____

PROVINCIA : _____

DEPARTAMENTO : _____

TELÉFONO : _____ **CELULAR :** _____

CORREO ELECTRÓNICO : _____@_____

COLEGIO PROFESIONAL : _____

REGISTRO N° : _____

NUMERO DE RESOLUCIÓN DE TÉRMINO DE SERUMS : _____

PERSONA CON DISCAPACIDAD: ☐ **SI** **N°** _____ ☐ **NO**

Si la respuesta es afirmativa, indicar el N° de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: ☐ **SI** ☐ **NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

II. ESTUDIOS REALIZADOS

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple).

Titulo O Grado	Centro de Estudios	Especialidad	Fecha de Expedición del Titulo (Mes/Año)	Ciudad / País	N° Folio
Doctorado					
Maestría					
Postgrado					
Diplomado					
Título Profesional Técnico o Universitario					
Bachiller / Egresado o en Curso					
Estudios Técnicos (Computación, Idiomas entre otros)					
Estudio Secundarios					

III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:

N°	Nombre del Curso y/o Especialización	Centro de Estudios	Fecha Inicio	Fecha Fin	Fecha De Expedición Del Título (Mes / Año)	Ciudad / Pais	N° Folio
1°							
2°							
3°							
4°							

IV. EXPERIENCIA LABORAL

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SOLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

a) Experiencia laboral general de [ ] (comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo Desempeñado	Fecha de Inicio (Mes/año)	Fecha de Culminación (mes/año)	Tiempo en el Cargo	N° Folio
1						
Descripción del trabajo realizado:						
2						
Descripción del trabajo realizado:						
3						
Descripción del trabajo realizado:						

(Puedes insertar más filas si así lo requiere).

b) **Experiencia en el sector público de** [ ] (comenzar por la más reciente). Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor de un mes. (Puede adicionar más bloqueos si así lo requiere).

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo Desempeñado	Fecha de Inicio (Mes/año)	Fecha de Culminación (mes/año)	Tiempo en el Cargo	N° Folio
1						
Descripción del trabajo realizado:						
2						
Descripción del trabajo realizado:						
3						
Descripción del trabajo realizado:						

(Puedes insertar más filas si así lo requiere).

En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.

Declaro que la formación proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

APELLIDOS Y NOMBRES : .....

TIPO Y NÚM. DOCUMENTO : ..... / .....
Tipo (DNI/CE/...) Número Documento Identidad

FECHA : ....., ... de ..... del .....

[ ]

.....

Firma Huella Digital

ANEXO Nº 03

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES Y DESPIDO DE DESTITUCIÓN Y DESPIDOS – RNSDD

Por el presente, Yo....., identificado/a con Documento de Identidad Tipo ..... Nº ..... RUC ....., declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD (*)

APELLIDOS Y NOMBRES : .....

TIPO Y NÚM. DOCUMENTO : ..... / .....
Tipo (DNI/CE/...) Número Documento Identidad

FECHA : ....., ... de ..... del .....

.....
Firma

Huella Digital

(*) Mediante Resolución Ministerial 017-2017-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 a los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán se descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

ANEXO Nº 04

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Por el Presente, Yo ..... ,

identificado/a con Documento de Identidad Tipo ..... Nº ..... RUC ....., declaro bajo Juramento **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 deudas por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de deudores Alimentarios creado por Ley Nº 28970

APELLIDOS Y NOMBRES : .....

TIPO Y NÚM. DOCUMENTO : ..... / .....
Tipo (DNI/CE/...) Número Documento Identidad

FECHA : ....., ... de ..... del .....

.....
Firma

Huella Digital

ANEXO Nº 05

DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO (D.S. Nº 034- 2005-PCM).

Conste por el presente que, Yo ..... ,
identificado/a con Documento de Identidad Tipo ..... Nº ..... RUC .....,
con domicilio en ..... en el
Distrito de ....., Provincia de ..... y
Departamento de .....

DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (marcar con un aspa "**X**", según corresponda):

☐ Cuento con pariente(s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE / HERMANO / HIJO / TIO / SOBRINO / PRIMO / NIETO / SUEGRO / CUÑADO), DE NOMBRE(S)

.....

.....

Quien (es) laboran en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen", con el (los) cargo (s) y en la Dependencia (s):

.....

.....

☐ No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o conyugue: (PADRE / HERMANO / HIJO / TÍO / SOBRINO / PRIMO / NIETO / SUEGRO / CUÑADO), que laboren en el conforme al artículo 1º de la Ley Nº 26771.

APELLIDOS Y NOMBRES : .....

TIPO Y NÚM. DOCUMENTO : ..... /.....
Tipo (DNI/CE/...) Número Documento Identidad

FECHA : ....., ... de ..... del .....

.....
Firma

☐
Huella Digital

ANEXO Nº 06

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y DE BUENA SALUD.

Yo..... ,

identificado/a con Documento de Identidad Tipo ..... Nº ..... RUC ....., con domicilio en ..... en el Distrito de ....., Provincia de ..... y Departamento de ....., Declaro bajo juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud.

APELLIDOS Y NOMBRES : .....

TIPO Y NÚM. DOCUMENTO : ..... /.....
Tipo (DNI/CE/...) Número Documento Identidad

....., ... de ..... del .....

.....
Firma

Huella Digital

ANEXO N° 07

SOLICITUD DEL POSTULANTE DIRIGIDO A LA COMISIÓN DE SELECCIÓN DE PERSONAL DE LA SALUD UE 401 HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA

Apellidos y Nombres: .....

.....

Documento de Identidad Tipo ..... Nº ..... RUC ....., con domicilio en ..... en el Distrito de ....., Provincia de ..... y Departamento de .....

Lugar y Fecha de Nacimiento: .....Edad: .....

Presenta algún tipo de Discapacidad (acreditada): SI ( ) Nº ..... NO ( )

Teléfono Fijo: ..... Celular: .....

Email: .....@.....

Estado Civil: .....

Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria del PROCESO CAS N° 001-2023, para la contratación de los servicios de:....., en la Unidad Ejecutora 401 Hospital Departamental de Huancavelica.

Que, teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por el Comité, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

POR TANTO,

A usted pido Señor Presidente de la Comisión Especial de Evaluación y Selección de Personal, acceder a mi solicitud.

APELLIDOS Y NOMBRES : .....

TIPO Y NÚM. DOCUMENTO : ..... /.....
Tipo (DNI/CE/...) Número Documento Identidad

FECHA : ....., ... de ..... del .....

.....
Firma

Huella Digital

ANEXO 8

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO

Yo, ...
identificado con DNI Nº .....con dirección domiciliaria.....
.....en el Distrito: ..... Provincia:
..... Departamento.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(NO) (SI) Tener conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado.

(NO) (SI) Percibir otra remuneración a cargo del Estado

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

Nombre de la Institución por la que percibe remuneración a cargo del Estado:	
Cargo que ocupa:	
Condición Laboral:	
Horario Laboral:	
Dirección de la institución:	

(NO) (SI) Tener incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....
Firma
DNI:

Huella

ANEXO N° 09

DECLARACIÓN JURADA DE SOMETERSE A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LAS BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN CAS 001-2023-HDH

Quien suscribe, ... ,
identificado/a con Documento de Identidad Tipo ..... Nº ..... RUC .....,
con domicilio actual en .....
Distrito de: ....., Provincia de: .....
Departamento de ....., Estado Civil: .....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No encontrarse sancionado en ninguna Entidad Pública. (De haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere el caso).
3. No encontrarme inhabilitación para ejercer cargo en el Estado.
4. No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD.
5. No tener antecedentes policiales, judiciales ni penales.
6. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
7. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato.
8. Que la información detallada en mi Currículo Vitae, así como los documentos y copias que se incluyen, son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la Entidad.

APELLIDOS Y NOMBRES : .....

TIPO Y NÚM. DOCUMENTO : ..... / .....
Tipo (DNI/CE/...) Número Documento Identidad

FECHA : ....., ... de ..... del .....

.....
Firma

Huella Digital

ANEXO N°10
CARÁTULA

SEÑORES:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA

Comité de Selección: CAS 001-2023-HDH

Presente.-

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
HUANCAVELICA

CONVOCATORIA DE PROCESO
CAS Nº 001-2023-HDH

CARGO AL QUE POSTULA: .....

APELLIDOS Y NOMBRES: .....

.....

TIPO DE DOCUMENTO: .....

(DNI/CE/…)

NÚMERO DE DOCUMENTO: .....

NÚMERO DE TELÉFONO Y/O CELULAR: .....

CORREO ELECTRÓNICO: .....