



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



**FORMATO N°01**

**CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE**

Señores:

**MIEMBROS DE LA COMISION DEL CONCURSO PUBLICO CAS N°001-2024-UNIDAD EJECUTORA N° 412 RED DE SALUD CHUPACA**

**PRESENTE:**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_, mediante la presente le solicito se me considere para participar en el Proceso CAS N°001- 2024-UECH, convocada por la UNIDAD EJECUTORA N° 412 RED DE SALUD CHUPACA, a fin de acceder al Servicio cuya denominación es \_\_\_\_\_.

Para lo cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado y que adjunto a la presente copia de mi DNI, ficha de datos curriculares (Formato N°02) documentados y declaraciones juradas de acuerdo al Formato N°03 (A, B, C, D, y E)

Fecha, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024.

-----

**FIRMA DEL POSTULANTE**

Indicar marcando con un aspa (X) condición de discapacidad:

Adjuntar Certificado de Discapacidad	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>
Tipo de Discapacidad		
• Física	( )	( )
• Auditiva	( )	( )
• Visual	( )	( )
• Mental	( )	( )

Resolución Presidencial Ejecutiva N°107-2011-SERVIR /PE, indicar marcando con un aspa (X)

• Licenciado de las Fuerzas Armadas	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>
-------------------------------------	-------------	-------------



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



**FORMATO N°02**  
**FICHA DE DATOS CURRICULARES**  
**PROCESO CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIO · CAS 2024 RED DE SALUD CHUPACA**

Los datos consignados en esta ficha deberán ser acreditados

N° CAS-PUESTO	
---------------	--

**I. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres					
Fecha de nacimiento		RUC		DNI	Ingrese un documento válido
Dirección actual					
Departamento		Provincia		Distrito	
Correo electrónico 1		Correo electrónico 2		Celular	

**II. EVALUACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS**

**a) FORMACIÓN ACADÉMICA**

Especialidad	Universidad	Condición	Fecha de Egreso (dd/mm/aaaa)	N° FOLIO*
Colegiatura	Colegio Profesional	N° Colegiatura	Habilitación	N° FOLIO*
Sí	No		Sí	No

**b) ESTUDIOS DE POSTGRADO (MAESTRÍA - DOCTORADO)**

Especialidad	Centro de Estudios	Programa	F. Inicio (dd/mm/aaaa)	F. Fin (dd/mm/aaaa)	Condición	N° FOLIO*

**c) ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (DIPLOMADOS, ESPECIALIZACIÓN, CURSOS RELACIONADOS A LOS REQUISITOS SOLICITADOS)**

Especialidad	Centro de Estudios	N° Horas	F. Inicio (dd/mm/aaaa)	F. Fin (dd/mm/aaaa)	Condición	N° FOLIO*

\*Deberá consignar el número de folio conforme al currículum vitae documentado

Especialidad	Centro de Estudios	N° Horas	F. Inicio (dd/mm/aaaa)	F. Fin (dd/mm/aaaa)	Condición	N° FOLIO*



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



d) EXPERIENCIA LABORAL GENERAL								
<b>IMPORTANTE</b> Tener en cuenta que, de acuerdo al numeral 3.4 literal d) de las bases de la presente convocatoria, si usted laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo período de tiempo, solo se considerará el de mayor tiempo de servicio.								
Nombre de la Entidad o Empresa	Sector	Cargo	F. Inicio (dd/mm/aaaa)	F. Fin (dd/mm/aaaa)	Tiempo total			N° FOLIO*
					Años	Meses	Días	
					0	0	0	
Descripción detallada del trabajo realizado:								

\*Deberá consignar el número de folio conforme al curriculum vitae documentado

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA GENERAL			
<b>IMPORTANTE:</b> Tener en cuenta que, de acuerdo al numeral 3.4 literal d) de las bases de la presente convocatoria, si usted laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo período de tiempo, solo se considerará el de mayor tiempo de servicio.			
Años	Meses	Días	
0	0	0	

e) EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA (RELACIONADA A LOS REQUISITOS SOLICITADOS)								
<b>IMPORTANTE</b> Tener en cuenta que, de acuerdo al numeral 3.4 literal d) de las bases de la presente convocatoria, si usted laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo período de tiempo, solo se considerará el de mayor tiempo de servicio.								
Nombre de la Entidad o Empresa	Sector	Cargo	F. Inicio (dd/mm/aaaa)	F. Fin (dd/mm/aaaa)	Tiempo total			N° FOLIO*
					Años	Meses	Días	
					0	0	0	
Descripción detallada del trabajo realizado:								

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA ESPECÍFICA			
<b>IMPORTANTE:</b> Tener en cuenta que, de acuerdo al numeral 3.4 literal d) de las bases de la presente convocatoria, si usted laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo período de tiempo, solo se considerará el de mayor tiempo de servicio.			
Años	Meses	Días	
0	0	0	

f) OTROS CONOCIMIENTOS (HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA, IDIOMAS, ENTRE OTROS)	
Conocimiento	NIVEL
Procesador de textos	
Hoja de cálculo	
Programa de Presentaciones	
Indique otro, según perfil:	

### III. REFERENCIAS LABORALES

Nombre de la Entidad o Empresa donde prestó servicios	Apellidos y Nombres del Superior Inmediato	Cargo del Superior Inmediato	Celular/ Teléfono (indicar anexo, de corresponder)

Red de Salud Chupaca / Dirección Ejecutiva  
 Jr. Petrona Apolaya N° 955, Chupaca  
 Teléfono 064-205846  
 Correo Electrónico: uesaludchupaca@gmail.com



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



**IV. BONIFICACIONES**

				N° FOLIO*	
<b>PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>	Declaro ser Licenciado de las Fuerzas Armadas y contar con la Certificación y/o documentación correspondiente.	Sí	No		

*En caso de ser personal licenciado de las Fuerzas Armadas, deberá adjuntar una copia simple del documento oficial que acredite su condición.*

<b>PERSONAL CON DISCAPACIDAD</b>	Declaro ser una persona con Discapacidad y contar con la acreditación correspondiente, de acuerdo a la Ley N° 29973.	Sí	No		
----------------------------------	--	----	----	--	--

*En caso de ser una persona con discapacidad, deberá acreditar su condición mediante la presentación en copia simple legible del documento oficial emitido por la autoridad competente, al momento de la presentación del Curriculum vitae documentado, tal como nos indica las bases de la convocatoria.*

**V. REQUISITOS GENERALES**

Tiene capacidad de contratación, de acuerdo a ley.	Sí	No	
Registra antecedentes policiales.	Sí	No	
Registra antecedentes penales.	Sí	No	
Registra antecedentes judiciales.	Sí	No	
Mantiene afiliación con alguna organización o partido político.	Sí	No	
Ha tenido o tiene sentencia firme por delito de terrorismo, apología al terrorismo o violación contra la libertad sexual, ni delitos de corrupción de funcionarios públicos.	Sí	No	
Se encuentra inscrito en el registro de deudores alimentarios morosos - REDAM.	Sí	No	
Se encuentra inscrito en el registro de deudores de Reparaciones Civiles - REDERECI.	Sí	No	
Tiene impedimentos para contratar con el Estado, de acuerdo al artículo 11 de la Ley N° 30225 - Ley de Contrataciones del Estado y sus modificaciones.	Sí	No	
Se encuentra inhabilitado para ejercer la función pública por decisión administrativa firme o sentencia judicial con calidad de cosa juzgada.	Sí	No	
Disponibilidad inmediata para laborar.	Sí	No	
Cumple con el perfil del puesto convocado.	Sí	No	

Fecha : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL POSTULANTE

Apellidos y Nombres:

DNI:

**IMPORTANTE**

La información contenida en la Ficha de Datos Curriculares tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual la Unidad Ejecutora 412 Red de Salud Chupaca tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente; así como solicitar la acreditación de la misma. El postulante se somete al proceso de fiscalización posterior. Si el postulante oculta información y/o consigna información incompleta o falsa será excluido del proceso de selección de personal. En caso de haberse producido la contratación laboral, incurrirá en comisión de falta grave y se iniciará el procedimiento correspondiente, con arreglo a las normas vigentes, sin perjuicio de la responsabilidad administrativa, civil y/o penal.

En cumplimiento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, le informamos que los datos personales consignados por usted en el marco de la etapa de inscripción de postulantes del presente proceso de selección CAS, serán incorporados a un banco de datos cuyo responsable es la Municipalidad Distrital de El Tambo, con el fin de validar sus datos, registrar su solicitud de postulación y utilizarlos para los fines propios del proceso. Usted queda informado y autoriza de manera libre e inequívoca dicho tratamiento para las finalidades informadas. Le garantizamos la total confidencialidad sobre los mismos y nos comprometemos a custodiarlos, protegerlos y a no transferirlos a terceros.

Las celdas vacías de la columna Folio(s) deben completarse según el número de folio conforme al currículum vitae documentado.

Red de Salud Chupaca / Dirección Ejecutiva  
Jr. Petrona Apolaya N° 955, Chupaca  
Teléfono 064-205846  
Correo Electrónico: uesaludchupaca@gmail.com



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



### FORMATO N°03

### FORMATO N°03 - A

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_; mediante la presente solicito se me considere participar en el Proceso de Contratación N°001-2024-CAS-RSCH: para el puesto de convocado por la UNIDAD EJECUTORA N° 412 RED DE SALUD CHUPACA

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

- SER RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LOS DOCUMENTOS E INFORMACIÓN QUE PRESENTO.
- QUE LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA PRESENTE CONVOCATORIA AL CUAL POSTULO, SON COPIA FIEL DE MIS ORIGINALES.
- ESTAR EN EJERCICIO Y EN PLENO GOCE DE MIS DERECHOS CIVILES.
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS MINIMOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO AL CUAL ESTOY POSTULANDO.
- NO TENER CONDENA POR DELITO DOLOSO.
- NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN PARA CONTRATAR CON EL ESTADO O PARA DESEMPEÑAR FUNCIÓN PÚBLICA
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN EL PERFIL DE LA PRESENTE CONVOCATORIA.

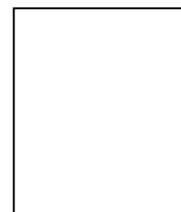
Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42° de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del Año 2024.

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_



**Impresión Dactilar**



*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*



**FORMATO N°03 - B**  
**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI (  ) Carné de Extranjería (  ) Pasaporte (  ) Otros (  ) N° \_\_\_\_\_.

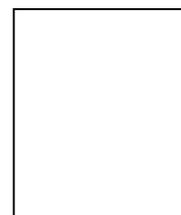
Ante Usted me presento y digo:

1. Que, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N°29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".
2. Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.
3. Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del Año 2024.

Firma: \_\_\_\_\_



DNI: \_\_\_\_\_

**Impresión Dactilar**



*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*



**FORMATO N°03 - C**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_ del Distrito de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_ y Departamento de \_\_\_\_\_.

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

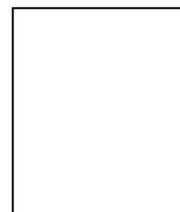
- ❖ No registrar antecedentes policiales y No registrar antecedentes judiciales, a nivel nacional. Asimismo, tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporcione, autorizo a la U.E. 412 Red de Salud Chupaca a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública - Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del Año 2024.

Firma: \_\_\_\_\_



DNI: \_\_\_\_\_

**Impresión Dactilar**



*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*



**FORMATO 3-D**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES**

(Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales)

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_, participante del CAS N°01-2024-CAS-RSCH, autorizo a La UNIDAD EJECUTORA N° 412 RED DE SALUD CHUPACA o a una entidad tercera contratada por dicha entidad, a validar información de mis datos personales en fuentes accesibles públicas y/o privadas. Asimismo, brindo referencias laborales de mis últimos trabajos, verificando que los teléfonos se encuentran actualizados:

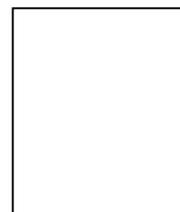
	REFERENCIA 1	REFERENCIA 2	REFERENCIA 3	REFERENCIA 4
<b>EMPRESA</b>				
<b>NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO</b>				
<b>CELULAR N°</b>				

❖ En caso de resultar falsa la información que proporcione, me sujeto a los alcances de lo establecido en Artículo 411° del Código Penal, concordante con el Artículo 32° de la Ley N°27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Lugar: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del Año 2024.

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_



**Impresión Dactilar**

**FORMATO N°03 - E**

Red de Salud Chupaca / Dirección Ejecutiva  
 Jr. Petrona Apolaya N° 955, Chupaca  
 Teléfono 064-205846  
 Correo Electrónico: uesaludchupaca@gmail.com



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_ del Distrito de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_ y Departamento de \_\_\_\_\_.

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

- ❖ No tener conocimiento que en la Unidad Ejecutora N° 412 Red De Salud Chupaca se encuentran laborando mis parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar a la Entidad.
- ❖ Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N°26771, modificado por Ley N°30294 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias Decreto Supremo N° 017-2002-PCM y Decreto Supremo N°034-2005-PCM. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure **ACTO DE NEPOTISMO**, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

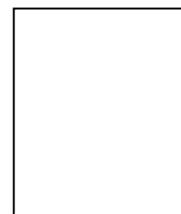
Asimismo, declaro que:

- NO ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en la Entidad.
- SI ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en la Entidad, cuyos datos señalo a continuación:

GRADO DE RELACIÓN DE PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL	AREA DE TRABAJO	DE APELLIDOS	NOMBRES

Lugar: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del Año 2024.

Firma: \_\_\_\_\_



DNI: \_\_\_\_\_

**Impresión Dactilar**