



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA



ANEXO N° 1

SOLICITO: REGISTRO E INSCRIPCION A
PROCESO DE SELECCIÓN CAS.

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD EJECUTORA N°406 - RED DE SALUD DE ICA

ATENCION: Presidente del Comité del Proceso de Selección CAS.

El (La) que se suscribe, identificado/a con DNI N°
....., domiciliado (a) en y de
profesión, ante usted me presento y expongo:

Que, deseando postular del Proceso de Selección de Contratación Administrativa de Servicios CAS N° 002-2023- RED DE
SALUD ICA, solicito a su Despacho disponer se me registre e inscriba como postulante a:

CONTRATO (Cargo): _____

LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO: _____

POR LO EXPUESTO:

Sírvase Señor Director dar trámite a la presente.

FIRMA:

DNI N°:

Ica, de de 2023.

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

Correo:

Nota: Se adjunta requisitos solicitados



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA



ANEXO N° 2

FICHA DE RESUMEN CURRICULAR DEL POSTULANTE

Formulo la presente Declaración Jurada, en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1,7 y el artículo 42° TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. La Red de Salud Ica tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo las verificaciones correspondientes; así como solicitar la acreditación de la misma. En caso de detectarse que se ha omitido, ocultado o consignado información falsa, se procederá con las acciones legales que correspondan.

CÓDIGO		NOMBRE DEL PUESTO		ÓRGANO			
UNIDAD ORGÁNICA		JEFE DIRECTO		PUESTO DEL JEFE DIRECTO			
DATOS LABORALES							
FICHA DE POSTULANTE DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES							
DATOS PERSONALES							
Documento de identidad		APELLIDOS Y NOMBRES			GENERO		
DNI	Carnet de Extranjería				M	F	
DIRECCIÓN			DISTRITO				
PROVINCIA		DEPARTAMENTO		REFERENCIA DIRECCIÓN			
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		LUGAR DE NACIMIENTO (DISTRITO/ PROVINCIA/DEPARTAMENTO)		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL			
TELÉFONO DOMICILIO		TELÉFONO CELULAR 01	TELÉFONO CELULAR 02	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL ALTERNATIVO			
CONADIS	N° CARNET / CÓDIGO	FUERZAS ARMADAS		N° CARNET / CÓDIGO			
ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA (AJUSTE RAZONABLE), DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN							
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO (AÑOS Y MESES)				TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO (AÑOS Y MESES)			
FORMACIÓN ACADÉMICA							
NIVEL EDUCATIVO	GRADO ACADEMICO OBTENIDO	NOMBRE DE LA CARRERA, MAESTRÍA/DOCTORADO)	AÑO		CENTRO DE ESTUDIOS		
			DESDE	HASTA			
PRIMARIA							
SECUNDARIA							
TÉCNICO BÁSICO (3 A 2 AÑOS)							
TÉCNICO SUPERIOR (3 A 4 AÑOS)							
UNIVERSITARIO							
MAESTRÍA							
DOCTORADO							
OTROS (ESPECIFICAR)							
COLEGIATURA							
COLEGIO PROFESIONAL		NÚMERO DE COLEGIATURA					
CONDICIÓN A LA FECHA							
¿HABILITADO?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
			INHABILITADO	<input type="checkbox"/>	MOTIVO		
IDIOMAS Y/O DIALECTOS			OFIMÁTICA (PROCESADOR DE TEXTO, HOJAS DE CÁLCULO, PROGRAMAS DE PRESENTACIÓN, OTROS)				
IDIOMA/DILECTO	MARQUE CON UNA "X" EL NIVEL ALCANZADO			CONOCIMIENTO	MARQUE CON UNA "X" EL NIVEL ALCANZADO		
	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
				isidro-D			



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA



ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (CURSOS DIPLOMADOS PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN)					
TIPO DE ESTUDIO	NOMBRE DEL CURSO/PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN	PERIODO DE ESTUDIOS (FECHA AAAA/MM)		HORAS	CENTRO DE ESTUDIOS
		INICIO	FIN		
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
EXPERIENCIA LABORAL (COMPLETAR DESDE EL ULTIMO TRABAJO O TRABAJO ACTUAL)					
EMPRESA/INSTRUCCIÓN	SECTOR	PUERTO/CARGO	DESDE (MM/AAAA)	HASTA MM/AAAA	
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
REFERENCIA LABORAL					
NOMBRE DEL JEFE DIRECTO	PUESTO/CARGO	TELÉFONO	MOTIVO DE CAMBIO	REMUNERACIONES FIJA MENSUAL (BRUTA)	
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
FUNCIONES PRINCIPALES					
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
EMPRESA/INSTRUCCIÓN	SECTOR	PUERTO/CARGO	DESDE (MM/AAAA)	HASTA MM/AAAA	
REFERENCIA LABORAL					
NOMBRE DEL JEFE DIRECTO	PUESTO/CARGO	TELÉFONO	MOTIVO DE CAMBIO	REMUNERACIONES FIJA MENSUAL (BRUTA)	
FUNCIONES PRINCIPALES					
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADO RESPECTO A LO REQUERIDO POR EL PERFIL DEL PUESTO ES VERDADERA Y PODRA SER VERIFICADA POR LA ENTIDAD					
LUGAR Y FECHA: ICA , _____ DE _____ DEL 2023			FIRMA DEL POSTULANTE		

NOTA: La evaluación curricular de los postulantes se basará estrictamente sobre la información registrada en la presente ficha de resumen curricular, la cual deberá estar sustentada con la presentación, en copia simple (escaneado), de los documentos que la acrediten (diplomados, certificados, constancias, contratos, etc.). Todo documento que no haya sido informado en la presente ficha, no será tomado en cuenta en la evaluación.

Todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente, salvo los campos que la convocatoria no lo requiera.



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

**GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA**



**ANEXO N° 3
DECLARACIÓN JURADA (A)**

Yo,, identificado (a) con DNI Carné de Extranjería Pasaporte Otros N° con domicilio en, mediante la presente solicito se me considere participar en el Proceso CAS, Para:

CONTRATO (CARGO): _____

LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO: _____

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

1. ESTAR EN EJERCICIO Y EN PLENO GOCE DE MIS DERECHOS CIVILES.
2. CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO AL CUAL ESTOY POSTULANDO.
3. NO TENER CONDENA POR DELITO DOLOSO, CON SENTENCIA FIRME.
4. NO ENCONTRARME INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS-REDAM.
5. NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y QUE NO ME ENCUENTRO IMPOSIBILITADO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO AL NO REGISTRAR SANCIÓN ALGUNA POR DESPIDO O DESTITUCIÓN BAJO EL RÉGIMEN LABORAL PRIVADO O PÚBLICO, SEA COMO FUNCIONARIO, SERVIDOR U OBRERO.
6. NO PERCIBIR OTROS INGRESOS DEL ESTADO. DE PERCIBIR OTRO INGRESO DEL ESTADO DISTINTO A LA ACTIVIDAD DOCENTE O POR SER MIEMBRO ÚNICAMENTE DE UN ÓRGANO COLEGIADO, Y RESULTAR GANADOR DEL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN, ME OBLIGO A DEJAR DE PERCIBIR DICHO INGRESOS DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS.
7. CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN EL PERFIL DE LA PRESENTE CONVOCATORIA.
8. CONOCER Y ACEPTAR LAS BASES DEL PRESENTE CONCURSO CAS, QUE DE ENCONTRARME EN ALGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS PREVISTOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTO MI DESCALIFICACIÓN AUTOMÁTICA DEL PROCESO DE SELECCIÓN, Y DE SER EL CASO, LA NULIDAD DEL CONTRATO A QUE HUBIERE LUGAR, SIN PERJUICIO DE LAS ACCIONES A QUE HUBIERE LUGAR.
9. AUTORIZO COMO MECANISMO VÁLIDO DE NOTIFICACIÓN EL CORREO ELECTRÓNICO CONSIGNADO EN LA FICHA DEL POSTULANTE, LA MISMA QUE DECLARO CONOCER, SIENDO RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO DE LAS NOTIFICACIONES Y FASES DEL CONCURSO.
10. TENER CONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA LEY N° 27815 Y LEY N° 28496, ASÍ COMO DEL DECRETO SUPREMO N° 033-2005-PCM, QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y ME SUJETO A ELLO.

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.

Ciudad de del díadel mes de del año 2023.

Firma:.....

DNI N°:.....

Impresión DACTILAR





“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA



ANEXO ° 3
DECLARACIÓN JURADA (B)

Yo,, identificado (a) con DNI

Carné de Extranjería Pasaporte Otros N°

Ante usted me presento y digo:

Que, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular al proceso de selección “cas” según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial “El Peruano”.

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.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, cuando sean requeridos, de resultar ganador de la plaza a la que postulo.

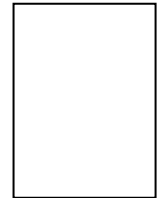
Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de del díadel mes de del año 2023.

Firma:.....

DNI:.....

Impresión Dactilar





“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA



ANEXO N° 3
DECLARACIÓN JURADA (C)

Yo,, identificado (a) con DNI
Carné de Extranjería Pasaporte Otros N° y con domicilio en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registrar **antecedentes policiales** y no registrar **antecedentes judiciales**, a nivel nacional.
Asimismo, declaro que la información y documentación proporcionada por mi persona, para la postulación en el Concurso Público CAS, es VERAZ, asumiendo la responsabilidad de la presentación de la documentación que presento. Teniendo pleno conocimiento que en caso de resultar falso o adulterado el contenido de la información o los documentos y constancias presentadas, seré pasible de ser denunciado penalmente por la Red de Salud de Ica, luego de efectuarse la comprobación de la veracidad en el procedimiento de fiscalización posterior.

Suscribo 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.

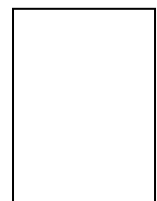
Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de del día del mes de del año 2023.

Firma:.....

DNI:.....

Impresión Dactilar





“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA



ANEXO N° 3
DECLARACIÓN JURADA (D)

Yo,, identificado (a) con DNI
Carné de Extranjería Pasaporte Otros N° y con domicilio en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO tener en la Institución RED DE SALUD ICA, **familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad** o por razón de matrimonio o parentesco, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar a la Red de Salud Ica.

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 (MARCAR CON X SEGÚN CORRESPONDA):

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

En caso MARCAR SI, LLENE EL SIGUIENTE RECUADRO:

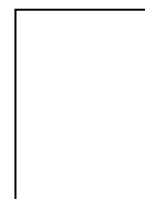
Grado o relación de parentesco o vínculo conyugal	Área de Trabajo	Apellidos	Nombres

Ciudad de del díadel mes de del año 2023

Firma:.....

DNI:.....

Impresión Dactilar





“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA N° 406-RED DE SALUD ICA



**ANEXO N° 3
DECLARACIÓN JURADA (E)
AUTORIZACIÓN DE VERIFICACION DE DATOS PERSONALES**

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

Yo, _____ identificado/a con DNI _____, postulante para el proceso de selección CAS N°002 – 2023 – RED DE SALUD ICA, autorizo a la Red de Salud Ica o a una entidad tercera contratada por esta, a validar la información de mis datos personales en fuentes accesibles públicas y/o privadas.

Asimismo, pongo a su disposición las referencias laborales de mis 03 últimos centros laborales:

CENTRO LABORAL	JEFE INMEDIATO	TELEFONO

Ciudad de del díadel mes de del año 2023

Firma:.....

DNI:.....

Impresión Dactilar

