



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



ANEXO N°01

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS - CAS

Señor:

Presidente del Comité de Evaluación de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) de la Unidad Ejecutora 400: Salud Ucayali.

Yo, _____, con
 DNI/C.E. N° _____, RUC _____,
 Celular _____, Correo electrónico
 _____, Domiciliado (a) en
 _____, Distrito
 _____, Provincia
 _____, Departamento de _____, ante
 usted, expongo lo siguiente:

Que, habiéndose publicado la Convocatoria de Concurso CAS N° _____ de la Dirección Regional de Salud Ucayali, solicito se me considere como postulante para el cargo de _____, por lo cual, adjunto mi Currículum Vitae documentado y foliado, y los demás documentos exigidos en dicha convocatoria de acorde a la estructura de presentación.

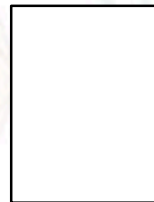
Llenar los siguientes datos, si se adjunta:

SERUMS:	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	QUINTIL O GRADO DE DIFICULTAD	EN FOLIO
MARQUE					
Constancia de haber cumplido con el Servicio Militar (Acuartelado):			SI:	NO:	
Certificado de Discapacidad:			SI:	NO:	
Deportista de Alto Nivel:			SI:	NO:	

POR LO EXPUESTO:

Pido dar curso a la presente por ser legal.

Pucallpa, _____ de mayo del 2024.



FIRMA Y HUELLA DIGITAL



Región Productiva



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
Dirección Regional de Salud
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de
Recursos Humanos



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

ANEXO N° 02

FORMULARIO DE CURRÍCULUM VITAE

N° DE PROCESO:

NOMBRE DEL PUESTO:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

I. DATOS PERSONALES:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar

día/mes/año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

N°BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:

Avenida/Calle

N°

Dpto.

CIUDAD:

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO N° :

HABILITACIÓN: SI

NO



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
Dirección Regional de Salud
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de
Recursos Humanos



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

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA) : SI **NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

SECIGRA (SI APLICA) : SI **NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple de la constancia de egresado y el certificado de SECIGRA.

II. PERSONA CON DISCAPACIDAD:

El/la participante es discapacitado/a:

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS o el Certificado de Discapacidad otorgado por las instituciones que señala la Ley N°29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, en el cual se acredite su condición.

III. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:

El/la participante es licenciado/a de las fuerzas armadas:

SI

NO

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

IV. DEPORTISTAS DE ALTO NIVEL:

El/la participante es Deportista de Alto nivel:

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de deportista de alto nivel.



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
Dirección Regional de Salud
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de
Recursos Humanos



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

V. FORMACIÓN ACADÉMICA:

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

Nivel alcanzado (1) Título (1)	Nombre de la Profesión/ Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (DD/MM/aaaa)
Doctorado					
Maestría					
Título Universitario					
Bachillerato					
Egresado de Estudios Universitarios					
Título Técnico					
Egresado de Estudios Técnicos					
Secundaria					

Nota:

(1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.

(2) Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
Dirección Regional de Salud
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de
Recursos Humanos



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

ESPECIFICAR IDIOMA O DIALECTO ESTUDIADO:

Idioma 1: Idioma 2:

Nivel Idioma 1: Nivel Idioma 2:

VI. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

Nº (1)	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otro() _____

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
2					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otro() _____

Nº	Nombre De La Entidad o Empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/)	Fecha de culminación (día/mes/ año)	Tiempo en el cargo (años, meses)
----	--------------------------------	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
Dirección Regional de Salud
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de
Recursos Humanos



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

			año)		días)
3					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (___), Privada (___), ONG (___), Organismo Internacional (___), Otro() _____					
Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
4					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (___), Privada (___), ONG (___), Organismo Internacional (___), Otro() _____					
Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
5					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (___), Privada (___), ONG (___), Organismo Internacional (___), Otro() _____					

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
Dirección Regional de Salud
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de
Recursos Humanos



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

Experiencia (Registrar el tiempo total de experiencia general y específica)		Tiempo Total (años, meses, días)
Experiencia Laboral General	En el Sector Público:	
	En total (Sector Público y/o Privado)	
Experiencia Laboral Específica	En el Sector Público:	
	En total (Sector Público y/o Privado)	

Nota: Considerar desde egresado y según el detalle de lo registrado en el detalle de la experiencia laboral y/o profesional.

Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso CAS.

Marcar con un aspa según corresponda:

SI

NO

VI. REFERENCIAS LABORALES

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando.

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de jefe inmediato o persona que refiere	Teléfono actual
1				
2				
3				

..... del 20

Firma



**GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI**

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



ANEXO N°03

**DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN Y
HABILITACIÓN**

Yo,

identificado(a) con D.N.I. C.E. N°, con domicilio ubicado en,

.....

del Distrito de, Provincia de Departamento de

....., Declaro:

- Contar con documentación que se incluye en el Currículum Vitae documentado, la cual certifica la veracidad de la información remitida.
- Estar en ejercicio pleno de los derechos civiles, haber cumplido la mayoría de edad al momento de presentarse.
- No tener condena por delito doloso, con sentencia firme.
- No estar inhabilitado administrativa o judicialmente.
- No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECEI) – Art. 52 Ley N° 30353.
- Los demás requisitos previstos en la Constitución Política del Perú y las leyes, cuando corresponda.
- Contar con la habilitación profesional conferida por el colegio profesional que corresponde a las funciones del puesto, según corresponda (Solo aplica si el perfil del puesto exige colegiatura).

Suscribo el presente documento en señal de conformidad.

Pucallpa, ____ de mayo del 2024.



FIRMA Y HUELLA DIGITAL





GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



Anexo N°04

DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe.....identificado(a)

con D.N.I. C.E. N°, declaro bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo en el estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- d) Percibo otra remuneración o ingreso del estado:

No

Si Especificar:

- Remuneración:
- Pensión:
- Otros: Especificar: _____
- Monto: S/. _____
- Entidad: _____

Pucallpa, ____ de mayo del 2024.



FIRMA Y HUELLA DIGITAL



Región Productiva



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



Anexo N°05

DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO

Yo,, identificado(a) con D.N.I. C.E. N°, al amparo del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N°.27444, Ley del Procedimiento Administrativo general, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

() Sí / () No, tengo en la **DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAYALI** familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que gocen de la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera 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 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo dispuesto en las normas sobre la materia.

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que, si lo declarado es falso, estoy sujeto/a los alcances de lo establecido en los artículos 411 y 438 del Código Penal¹.

Pucallpa, ____ de mayo del 2024.



FIRMA Y HUELLA DIGITAL

1 Falsa declaración en procedimiento administrativo

Artículo 411.- El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Falsedad genérica

Artículo 438.- El que de cualquier otro modo que no esté especificado en los Capítulos precedentes, comete falsedad simulando, suponiendo, alterando la verdad intencionalmente y con perjuicio de terceros, por palabras, hechos o usurpando nombre, calidad o empleo que no le corresponde, suponiendo viva a una persona fallecida o que no ha existido o viceversa, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos ni mayor de cuatro años.





GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



ANEXO (5)
DATOS DE LOS FAMILIARES

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	ORGANO/UNIDAD ORGANICA DONDE LABORA

GRADOS DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD Y AFINIDAD

1°	Padres	Hijo(a)	Suegro (a)	Yerno/nuera	Hijo(a) del cónyuge que no es hijo del servidor
2°	Nieto(a)	Hermano(a)		Cuñado (a)	Nieto(a) (hijo del hijo del cónyuge que no es hijo del servidor)
3°	Bisnieto(a) Bisabuelo(a)	Tío(a)			
4°	Tataranieto(a) Tatarabuelo(a)	Primo(a) Hermano(a)			

Leyenda:

Consanguinidad:

Afinidad:

Nota: El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada cónyuge se halla en igual línea de grado de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por la disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso de divorcio y mientras viva el ex cónyuge (artículo 237 del Código Civil).

