**ANEXO Nº 01**

**SOLICITUD DE POSTULACION**

**SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCION DEL PROCESO DE CONTRATACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD (MEDICO CIRUJANO, LICENCIADA/O DE ENFERMERIA Y PILOTO DE AMBULANCIA), PARA EL PROGRAMA PRESUPUESTAL REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS (PP104) DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD-ICA.**

El suscrito (a),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,peruano de nacimiento, identificado(a) con DNI.Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,con domicilio habitual en,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ante Ud., con el debido respeto me presento y digo:

Mediante la presente solicito se me considere como postulante en la **Convocatoria Pública de Contratación Administrativa de Servicios CAS**, convocado por la Institución, para el Puesto de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (indicar el puesto al que postula), para lo cual declaro que cumplo con los requisitos del puesto exigidos en la convocatoria correspondiente, adjuntando para tal efecto, mi Curriculum vitae documentado y demás documentación solicitada en la forma prevista, sometiéndome a las evaluaciones y disposiciones que se establecen en las bases del proceso de contratación.

**POR TANTO:**

A Ud. Señor Presidente solicito se me considere como postulante al proceso.

Ica, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma y huella digital**

**ANEXO Nº 02**

**FORMATO FICHA DE CURRÍCULUM VITAE (CV)**

**Nº DE PROCESO:**

**NOMBRE DEL PUESTO:**

1. **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 Nº Dpto.**

**CIUDAD:**

**DISTRITO:**

**TELÉFONO FIJO: CELULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**COLEGIO PROFESIONAL:** (SI APLICA)

**REGISTRO N° : HABILITACIÓN: SI  NO **

**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.

1. **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 |  |  |  |  |  |
| Titulo 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 (OBLIGATORIO) | | | | | |

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otro Tipo de estudios** | **Nombre de la Especialidad o curso u otros** | **Institución**  **/universidad o centro de estudios** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta mes / año (total horas)** | **Fecha de extensión del título, constancia o certificado**  **(mes/año**  **(mes/año)** |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL:**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral en orden cronológico.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Unidad Ejecutora** | **Cargo** | **Área/ oficina** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| **Total** | | | | | |  |

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

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

Marcar con un aspa según corresponda:

SI NO

Ica, …………de……………………… del 2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

**ANEXO Nº 03**

**ANTECEDENTES PENALES Y JUDICIALES**

Yo, (nombres y apellidos)…………………………………………………..…………, con DNI N.° ……………….., con domicilio en (calle/jirón/avenida, distrito, provincia, departamento)……………………………………………….., **declaro bajo juramento** **que no registro antecedentes penales ni judiciales**.

La presente declaración se efectúa para todos los efectos legales vinculados con la tramitación de la Solicitud de Inscripción o de Actualización de la Información, según corresponda, del Usuario ……………………………………………………., con RUC N.° ……………………………., en el Registro para el Control de Bienes Fiscalizados (RCBF) a cargo de la Intendencia Nacional de Insumos Químicos y Bienes Fiscalizados de la SUNAT (INIQBF).

Firmo la presente declaración de conformidad con lo establecido en la Ley N.° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General (LPAG) y sus normas modificatorias, concordada con el Decreto Legislativo N.° 1246, que aprobó diversas medidas de simplificación administrativa; y asumo, de corresponder, la responsabilidad administrativa, civil y/o penal cuando por cualquier acción de verificación se compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada.

Ica .…. de………………… de 2024

…………………………………………………….

(Firma)

DNI N° ………………

**ANEXO Nº 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTÍSMO**

Yo,…………………………………………………………………………………………..……………..

Identificado (a) con D.N.I. Nº ………..…………, y domicilio actual en……………………………………..

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NO** | **SI** |

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios o directivos de la UGEL o miembros del Comité.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad. |  |
| Cargo que ocupa |  |
| El grado de parentesco |  |

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

|  |
| --- |
| Dado en la ciudad de………………. a los……..días del mes de………… del 2024. |

………………………………..

(Firma) Huella digital

DNI: ………..………………… (índice derecho)

**ANEXO N°05**

**DECLARACION JURADA DE NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS-REDAM**

Yo, ……….….……………………………………………………………………………………………………………, identificado con DNI Nº …….…………………….., con domicilio en ……..………………………………………..…………………………………… declaro bajo juramento que, a la fecha, no me encuentro inscrito en el “Registro de Deudores Alimentarios Morosos” a que hace referencia la Ley Nº 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 002-2007-JUS, el cual se encuentra a cargo y bajo la responsabilidad del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.

Ica,…….. de…………………………… de 2024

……………………………………………………………

FIRMA

DNI:

Huella