**FORMATO 1: FICHA RESUMEN DE CURRICULUM**

**FORMACIÓN ACADEMICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | **Centro de Estudios** | **Especialidad** | **Año Inicio** | **Año Fin** | **Fecha de****Extensión del****Título****(Mes/Año)** | **Ciudad/ País** |
| DOCTORADO |  |  |  |  |  |  |
| MAESTRIA |  |  |  |  |  |  |
| POSTGRADO |  |  |  |  |  |  |
| LICENCIATURA |  |  |  |  |  |  |
| BACHILLER |  |  |  |  |  |  |
| TÍTULO TÉCNICO |  |  |  |  |  |  |
| ESTUDIOS BÁSICOS REGULARES |  |  |  |  |  |  |

**EXPERIENCIA LABORAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de Inicio(Mes/ Año)** | **Fecha de Culminación****(Mes/ Año)** | **Tiempo****en el****Cargo** | **Folio** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*(Todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente, agregue más filas si fuera necesario)*

**CURSOS Y/O CAPACITACIONES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel****(Cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc.)** | **Centro de Estudios** | **Tema**  | **Inicio** | **Fin** | **Duración (Horas)** | **N° Folio** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*(Todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente, agregue más filas si fuera necesario)*

**CONTRATACION POR SUPLENCIA TEMPORAL N°001-2024 –RSHCO**

**REGIMEN LABORAL D.L. 276**

**Señor:** Presidente de la Comisión del Concurso Contrato por Suplencia Temporal

**Nombres y apellidos: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° Cel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cargo al que Postula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código AIRHSP**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lugar de Prestación de Servicios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXO N° 1**

**CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE**

**Señor:** Presidente de la Comisión del Concurso Contrato por Suplencia TemporalN° 01-2024-RSHCO – REGIMEN LABORAL D.L. 276.

**Red de Salud Huánuco**

**PRESENTE.\_**

**Yo,……………………………………………..……………………………………………………………………….. (Nombres y Apellidos), identificado con DNI Nº………………………………. N° de Teléfono celular: ……………………;** mediante la presente Solicito se considere mi participación al Proceso de Contratacion por Suplencia Temporal N° 01-2024-RSHCO – REGIMEN LABORAL D.L. 276**,** convocado por Red de Salud Huánuco; a fin de acceder al servicio cuya **Denominación del Puesto es**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar de Prestación de Servicios:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postulante: \_\_\_\_\_\_ Código AIRHSP**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para lo cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado y adjunto a la presente copia de DNI y declaraciones juradas de acuerdo a los anexos N° 2 (A,B,C,D, E, F y G).

Amarilis,………..de………………….…… de 2024.

……………………………………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**

1. Indicar marcando con un aspa (X) condiciones de Discapacidad:

Adjunta certificado de Discapacidad (SI) (NO)

Tipo de Discapacidad:

Física: ( )

Auditiva: ( )

Visual: ( )

1. Resolución Presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE . Indicar marcando con un aspa (X)

Licencia de las Fuerzas Armadas (SI) (NO)

1. Indicar marcando con un aspa (X), condición de deportista calificado de Alto Nivel

 Adjuntando copia simple del documento oficial por el Instituto Peruano del Deporte

(SI) (NO)

**ANEXO 2 – A**

**DECLARACION JURADA DE NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSS – REDAM**

**Yo,……………………………………………..……………identificado con DNI Nº……………………y domicilio fiscal en …………….……………………………………..**

Declaro bajo juramento que a la fecha , no me encuentro registrado en el “Registro de Deudores Alimentarios Morosos” a que hace referencia la Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-2007- JUS, el cual se encuentra a cargo y bajo la responsabilidad del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.

Amarilis,………..de………………….…… de 2024.

……………………………………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 2 – B**

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES**

**Yo,……………………………………………..……………con DNI Nº……………………y domicilio fiscal en …………….………………………………………………………………..**

Declaro bajo juramento no percibir ingresos por parte del estado; ni tener antecedentes penales ni policiales, tener sentencias condenatorias o haber sido sometido a procesos disciplinarios o sanciones administrativas que me impidan laborar en el Estado.

Esta declaración se formula en aplicación del principio de veracidad establecido en el Artículo 51º del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Amarilis,………..de………………….…… de 2024.

……………………………………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 2 – C**

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**

**Señores:**

**RED DE SALUD HUÁNUCO**

**Presente.-**

**Por el presente documento Yo, ………………..…………………..………..……….……… identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N° ………….………..., domiciliado (a) en …………………………………………………………….................;** en virtud a lo dispuesto en la Ley Nº 30294 modificatoria de la Ley Nº 26771, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000- PCM, y modificado mediante Decretos Supremos Nº 017-2002-PCM y 034-2005-PCM; y al amparo del Artículo IV del Título Preliminar numeral 1.7 de la Ley Nº 27444 del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que :*(****Marcar con X****)*

 **SI ( ) NO ( )**

**Cuento con parientes hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad, y/o Cónyuge que a la fecha se encuentran prestando servicios en la Unidad Ejecutora N° 404 - Red de Salud Huánuco.**

Sobre el particular consigno la siguiente información:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL FUNCIONARIO O SERVIDOR EN ACTIVIDAD:

….......................................................................................................................................

….......................................................................................................................................

GRADO DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD: ... ...............................................

GRADO DE PARENTESCO POR AFINIDAD:………....…….............................................

OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS: ....................................................................

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a los alcances establecidos en el artículo 411º y 438º del Código Penal.

Amarilis,………..de………………….…… de 2024.

…………………………………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 2 – D**

**DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**

**Yo,…….………………….……………………………………………………………. con DNI Nº…………………………… y domicilio fiscal en…….………………………..….………...**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**Declaro bajo Juramento**, que tengo conocimiento de la siguiente normatividad:

* Ley N° 28496, “Ley que modifica el numeral 4.1 del artículo 4° y el artículo 11° de la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
* Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Asimismo, declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda circunstancia.

Amarilis,………..de………………….…… de 2024.

……………….……………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 2 – E**

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

**Yo,…….………………….……………………………………………………….……. con DNI Nº…………………………… y domicilio fiscal en…….……………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………..………**

**Declaro bajo Juramento**, lo siguiente:

( ) SI, Gozo de Buena Salud, no sufriendo de comorbilidades que me impidan realizar las labores de manera presencial, en el establecimiento de salud u unidad para la cual postulo.

( ) NO, Gozo de Buena Salud, padeciendo a la fecha de comorbilidades que me impidan realizar las labores de manera presencial, en el establecimiento de salud u unidad para la cual postulo, siendo estas las siguientes:

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a los alcances establecidos en el artículo 411º y 438º del Código Penal.

Amarilis,………..de………………….…… de 2024.

…………………………………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 2 – F**

**DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN**

**Yo,…….………………….………………………………………………………………………………. con DNI Nº…………………………… y domicilio fiscal en…….……................**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**Declaro bajo Juramento**, lo siguiente:

( ) **NO,** LABORO A LA FECHA EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y/O OTRO SIMILAR, POR EL CUAL PERCIBO UNA REMUNERACIÓN MENSUAL.

( ) **SI,** LABORO A LA FECHA EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y/O OTRO SIMILAR, POR EL CUAL PERCIBO UNA REMUNERACIÓN MENSUAL, SIENDO ESTA LA SIGUIENTE:

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a los alcances establecidos en el artículo 411º y 438º del Código Penal.

Amarilis,………..de………………….…… de 2024.

…………………………………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 2 – G**

**DECLARACIÓN JURADA**

**Yo,…….………………….………………………………………………………………………………. con DNI Nº…………………………… y domicilio fiscal en…….……………….**

**……………………………………………………………………………………………………**

**Declaro bajo Juramento que:**

* No registro antecedentes Penales ni Judiciales, ni he sido sancionado Administrativamente en los últimos cinco años.
* En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto, a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, concordante con el artículo 34° del Texto Único Ordenado de la ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, en fe de lo cual firmo la presente

Asimismo, declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda circunstancia.

Amarilis,………..de………………….…… de 2024.

……………….……………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**