**FORMATO N°01**

**CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE**

Señores:

**MIEMBROS DE LA COMISION DEL CONCURSO PUBLICO CAS N°002-2025-** **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°002- 2025-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 Nº03 (A, B, C, D, y E)

Fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2025.

-------------------------------------------------------

FIRMA DEL POSTULANTE

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

Adjuntar Certificado de Discapacidad **(SI ) (NO)**

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 **(SI ) (NO)**



**CAS 002- 2025 RED DE SALUD CHUPACA**





Unidad Ejecutora 412 Red de Salud Chupaca

**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°002-2025-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 2025.

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

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

 **Impresión Dactilar**

**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 2025.

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

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

 **Impresión Dactilar**

**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 proporciono, 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 - Titulo 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 2025.

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

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

 **Impresión Dactilar**

**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°002-2025-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** |
| **EMPRESA** |  |  |  |  |
| **NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **CELULAR N°** |  |  |  |  |

* En caso de resultar falsa la información que proporciono, 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 2025.

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

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

 **Impresión Dactilar**

**FORMATO N°03 - E**

**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 Nº034-2005-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** | **APELLIDOS** | **NOMBRES** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_ del mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Año 2025.

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

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

 **Impresión Dactilar**