



FORMATO N°01

CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE

Señores:

MIEMBROS DE LA COMISION DEL CONCURSO PUBLICO CAS N°003-2025- 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°003- 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 N°03 (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)

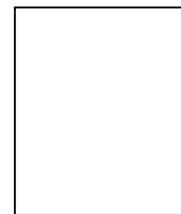
- Licenciado de las Fuerzas Armadas (SI) (NO)



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



FOTOGRAFÍA



**FORMATO N°02
FICHA DE DATOS CURRICULARES
PROCESO CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIO - CAS 003-**

Los datos consignados en esta ficha deberán ser acreditados

| | |
|---------------|--|
| N° CAS-PUESTO | |
|---------------|--|

I. DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|----------------------|--|----------------------|--|----------|-----------------------------|
| Apellidos y Nombres | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | RUC | | DNI | Ingrese un documento válido |
| Dirección actual | | | | | |
| Departamento | | Provincia | | Distrito | |
| Correo electrónico 1 | | Correo electrónico 2 | | Celular | |

II. EVALUACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS

a) FORMACIÓN ACADÉMICA

| Especialidad | Universidad | Condición | Fecha de Egreso (dd/mm/aaaa) | N° FOLIO* | |
|--------------|-------------|---------------------|------------------------------|--------------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Colegiatura | | Colegio Profesional | N° Colegiatura | Habilitación | N° FOLIO* |
| Sí | No | | | Sí | No |

b) ESTUDIOS DE POSTGRADO (MAESTRÍA - DOCTORADO)

| Especialidad | Centro de Estudios | Programa | F. Inicio (dd/mm/aaaa) | F. Fin (dd/mm/aaaa) | Condición | N° FOLIO* |
|--------------|--------------------|----------|------------------------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

c) ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (DIPLOMADOS, ESPECIALIZACIÓN, CURSOS RELACIONADOS A LOS REQUISITOS SOLICITADOS)

| Especialidad | Centro de Estudios | N° Horas | F. Inicio (dd/mm/aaaa) | F. Fin (dd/mm/aaaa) | Condición | N° FOLIO* |
|--------------|--------------------|----------|------------------------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*Deberá consignar el número de folio conforme al curriculum vitae documentado

| Especialidad | Centro de Estudios | N° Horas | F. Inicio (dd/mm/aaaa) | F. Fin (dd/mm/aaaa) | Condición | N° FOLIO* |
|--------------|--------------------|----------|------------------------|---------------------|-----------|-----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| d) EXPERIENCIA LABORAL GENERAL | | | | | | | | |
|--|--------|-------|---------------------------|------------------------|--------------|-------|------|-----------|
| IMPORTANTE Tener en cuenta que, de acuerdo al numeral 3.4 literal d) de las bases de la presente convocatoria, si usted laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo periodo de tiempo, solo se considerará el de mayor tiempo de servicio. | | | | | | | | |
| Nombre de la Entidad o Empresa | Sector | Cargo | F. Inicio (dd/mm/aaaa) | F. Fin (dd/mm/aaaa) | Tiempo total | | | N° FOLIO* |
| | | | | | Años | Meses | Días | |
| | | | | | 0 | 0 | 0 | |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | | |

*Deberá consignar el número de folio conforme al currículum vitae documentado

| TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA GENERAL | | | |
|---|-------|------|--|
| IMPORTANTE: Tener en cuenta que, de acuerdo al numeral 3.4 literal d) de las bases de la presente convocatoria, si usted laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo periodo de tiempo, solo se considerará el de mayor tiempo de servicio. | | | |
| Años | Meses | Días | |
| 0 | 0 | 0 | |

| e) EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA (RELACIONADA A LOS REQUISITOS SOLICITADOS) | | | | | | | | |
|--|--------|-------|---------------------------|------------------------|--------------|-------|------|-----------|
| IMPORTANTE Tener en cuenta que, de acuerdo al numeral 3.4 literal d) de las bases de la presente convocatoria, si usted laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo periodo de tiempo, solo se considerará el de mayor tiempo de servicio. | | | | | | | | |
| Nombre de la Entidad o Empresa | Sector | Cargo | F. Inicio (dd/mm/aaaa) | F. Fin (dd/mm/aaaa) | Tiempo total | | | N° FOLIO* |
| | | | | | Años | Meses | Días | |
| | | | | | 0 | 0 | 0 | |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | | |

| TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA ESPECÍFICA | | | |
|---|-------|------|--|
| IMPORTANTE: Tener en cuenta que, de acuerdo al numeral 3.4 literal d) de las bases de la presente convocatoria, si usted laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo periodo de tiempo, solo se considerará el de mayor tiempo de servicio. | | | |
| Años | Meses | Días | |
| 0 | 0 | 0 | |

| f) OTROS CONOCIMIENTOS (HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA, IDIOMAS, ENTRE OTROS) | |
|--|-------|
| Conocimiento | NIVEL |
| Procesador de textos | |
| Hoja de cálculo | |
| Programa de Presentaciones | |
| Indique otro, según perfil: | |
| | |

III. REFERENCIAS LABORALES

| Nombre de la Entidad o Empresa donde prestó servicios | Apellidos y Nombres del Superior Inmediato | Cargo del Superior Inmediato | Celular/ Teléfono (indicar anexo, de corresponder) |
|---|--|------------------------------|--|
| | | | |



IV. BONIFICACIONES

| | | | | N° FOLIO* | |
|---|--|----|----|-----------|--|
| PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS | Declaro ser Licenciado de las Fuerzas Armadas y contar con la Certificación y/o documentación correspondiente. | Sí | No | | |

En caso de ser personal licenciado de las Fuerzas Armadas, deberá adjuntar una copia simple del documento oficial que acredite su condición.

| | | | | | |
|----------------------------------|--|----|----|--|--|
| PERSONAL CON DISCAPACIDAD | Declaro ser una persona con Discapacidad y contar con la acreditación correspondiente, de acuerdo a la Ley N° 29973. | Sí | No | | |
|----------------------------------|--|----|----|--|--|

En caso de ser una persona con discapacidad, deberá acreditar su condición mediante la presentación en copia simple legible del documento oficial emitido por la autoridad competente, al momento de la presentación del Curriculum vitae documentado, tal como nos indica las bases de la convocatoria.

V. REQUISITOS GENERALES

| | | | |
|--|----|----|--|
| Tiene capacidad de contratación, de acuerdo a ley. | Sí | No | |
| Registra antecedentes policiales. | Sí | No | |
| Registra antecedentes penales. | Sí | No | |
| Registra antecedentes judiciales. | Sí | No | |
| Mantiene afiliación con alguna organización o partido político. | Sí | No | |
| Ha tenido o tiene sentencia firme por delito de terrorismo, apología al terrorismo o violación contra la libertad sexual, ni delitos de corrupción de funcionarios públicos. | Sí | No | |
| Se encuentra inscrito en el registro de deudores alimentarios morosos - REDAM. | Sí | No | |
| Se encuentra inscrito en el registro de deudores de Reparaciones Civiles - REDERECI. | Sí | No | |
| Tiene impedimentos para contratar con el Estado, de acuerdo al artículo 11 de la Ley N° 30225 - Ley de Contrataciones del Estado y sus modificaciones. | Sí | No | |
| Se encuentra inhabilitado para ejercer la función pública por decisión administrativa firme o sentencia judicial con calidad de cosa juzgada. | Sí | No | |
| Disponibilidad inmediata para laborar. | Sí | No | |
| Cumple con el perfil del puesto convocado. | Sí | No | |

Fecha : _____

FIRMA DEL POSTULANTE

Apellidos y Nombres:

DNI:

IMPORTANTE

La información contenida en la Ficha de Datos Curriculares tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual la Unidad Ejecutora 412 Red de Salud Chupaca tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente; así como solicitar la acreditación de la misma. El postulante se somete al proceso de fiscalización posterior. Si el postulante oculta información y/o consigna información incompleta o falsa será excluido del proceso de selección de personal. En caso de haberse producido la contratación laboral, incurrirá en comisión de falta grave y se iniciará el procedimiento correspondiente, con arreglo a las normas vigentes, sin perjuicio de la responsabilidad administrativa, civil y/o penal.

En cumplimiento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, le informamos que los datos personales consignados por usted en el marco de la etapa de inscripción de postulantes del presente proceso de selección CAS, serán incorporados a un banco de datos cuyo responsable es la Municipalidad Distrital de El Tambo, con el fin de validar sus datos, registrar su solicitud de postulación y utilizarlos para los fines propios del proceso. Usted queda informado y autoriza de manera libre e inequívoca dicho tratamiento para las finalidades informadas. Le garantizamos la total confidencialidad sobre los mismos y nos comprometemos a custodiarlos, protegerlos y a no transferirlos a terceros.

Las celdas vacías de la columna Folio(s) deben completarse según el número de folio conforme al currículum vitae documentado.



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°003-2025-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.

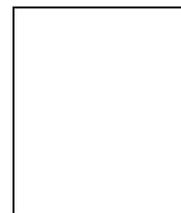
Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42° de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General.

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

Lugar: _____, de _____ del mes _____ del Año 2025.

Firma: _____

DNI: _____



Huella Dactilar



FORMATO N°03 - B
DECLARACIÓN JURADA

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

Ante Usted me presento y digo:

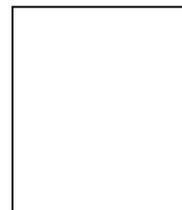
1. Que, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N°29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".
2. Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración 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: _____



Huella 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:

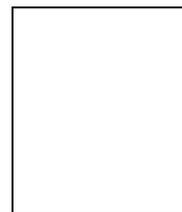
- ❖ No registrar antecedentes policiales y No registrar antecedentes judiciales, a nivel nacional. Asimismo, tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporciono, autorizo a la U.E. 412 Red de Salud Chupaca a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública - 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.

Lugar: _____, de _____ del mes _____ del Año 2025.

Firma: _____



DNI: _____

Huella 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°03-2025-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:

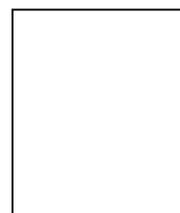
| | REFERENCIA 1 | REFERENCIA 2 | REFERENCIA 3 | REFERENCIA 4 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| EMPRESA | | | | |
| NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO | | | | |
| | | | | |
| CELULAR N° | | | | |

❖ 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: _____



Huella 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 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.

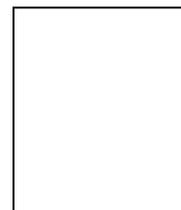
Asimismo, declaro que:

- 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: _____

Huella Dactilar