**CONVOCATORIA PARA LA CONTRACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS –**

**(A PLAZO DETERMINADO-TEMPORAL)**

**PROCESO CAS Nº 003-2025-RISCN**



**POMABAMBA, JUNIO 2025.**

**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

**Señor(a):**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN DEL CONCURSO PUBLICO DE MERITOS - PROCESO CAS N° 003-2025-RISN (PLAZO TEMPORAL – TRANSITORIO)**

Yo, …………………………........................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio en ……………………………………………………................, Distrito de ………….……………..……….…........., Provincia de …….…….………………....................... y Departamento de …….………………………..….………..., ante usted, con el debido respeto, me presento y expongo:

Que, habiéndose publicado oficialmente la Convocatoria a Concurso Público de Méritos - Proceso CAS N° 003-2025-RISCN (Plazo Determinado – Transitorio), convocado por la U.E. 406 Red Integrada de salud Conchucos Norte, para ocupar plaza vacante presupuestadas a plazo determinado, bajo el régimen especial del decreto Legislativo N°1057 – CAS, conociendo y aceptando las BASES del referido concurso, solicito disponer se me registre e inscriba como postulante al Puesto y/o Cargo Funcional: ……………….…..………………………, Órgano y/o Unidad Orgánica (Lugar donde presta servicios): ……………….....................…………………….… y Código AIRHSP: ...…………………

En ese sentido adjunto copia simple fedateado de Documento Nacional de Identidad electrónico (DNI), anexos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y12, y Currículo Vitae, a (………) folios para la evaluación correspondiente.

Por tanto, manifiesto mi voluntad de someterme a los criterios, procedimientos, evaluaciones y requisitos establecidos en la BASE del referido Concurso.

Por lo expuesto, señor (a) presidente, solicito acceda a mi petición por ser de justicia.

Pomabamba, …….. de …………………………………. del ……..……

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO 02 FICHA CURRICULAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CÓDIGO DE POSTULACIÓN |  | | |
| DNI |  | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES |  | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | / / SEXO | M F ESTADO CIVIL | |
| DIRECCIÓN |  | | |
| DISTRITO |  | | |
| TELÉFONO |  | TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  | TIENE ALGUNA  DISCAPACIDAD | SI NO |
| LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS | SI NO | DETALLE DE LA DISCAPACIDAD |  |

**I DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SITUACIÓN**  **ACADÉMICA** | **COLEGIO/INSTITUTO/**  **UNIVERSIDAD** | **PROFESIÓN / ESPECIALIDAD** | **FECHA DE OBTENCIÓN DE**  **CONSTANCIA/CERTIFICADO/TITULO/GRADO** | **FOLIO** **(\*)** |
| Primaria |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |
| Carrera Técnica |  |  |  |  |
| Egresado  Universitario |  |  |  |  |
| Bachiller  Universitario |  |  |  |  |
| Título Universitario |  |  |  |  |
| Estudios de  Maestría |  |  |  |  |
| Egresado de Maestría |  |  |  |  |
| Grado de Maestría |  |  |  |  |
| Estudios de  Doctorado |  |  |  |  |
| Egresado de  Doctorado |  |  |  |  |
| Grado de Doctorado |  |  |  |  |

(\*) Señalar cuando se presente el currículo documentado

**II FORMACIÓN PROFESIONAL**

**DIPLOMADO Y ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (Deseable) 90 horas Mínimo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINACIÓN DEL**  **DIPLOMADO 0 ESPECIALIZACIÓN** | **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | **HORAS** | **FOLIO (\*)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*) Señalar cuando se presente el currículo documentado

**III. EXPERIENCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EMPRESA/ENTIDAD |  | FOLIO |
| ÓRGANO/UNIDAD ORGÁNICA |  |  |
| CARGO/PUESTO |  | TOTAL, AÑOS |
| PÚBLICO | PRIVADO | FECHA INICIO FECHA FIN |  |
|  |  |  |

1. EXPERIENCIA GENERAL

FUNCIONES:

1.-

2.-

3.-

 b) EXPERIENCIA ESPECÍFICA

**IV. CONOCIMIENTO IDIOMAS ACREDITADO CON CERTIFICADO (NIVEL AVANZADO)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDIOMA** | **INSTITUCIÓN** | **NIVEL ALCANZADO** | **FOLIO** |
| Inglés |  |  |  |
| Idioma del país al que postula: |  |  |  |

(\*) Señalar cuando se presente el currículo documentado

**V. CONOCIMIENTO OFIMÁTICA A NIVEL INTERMEDIO**

| **CONOCIMIENTO** | **SEÑALE SI 0 NO** |
| --- | --- |
| OFIMÁTICA A NIVEL INTERMEDIO | SI  NO |

**VI. BONIFICACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **OTROS REQUISITOS** | **MARCAR CON (X)** |
| 1 | Es usted un personal con discapacidad |  |
| 2 | Es usted un licenciado/a de las fuerzas armadas |  |
| 3 | Es usted un deportista calificado de alto nivel |  |

**VII COMPLEMENTARIOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **OTROS REQUISITOS** | **MARCAR CON (X)** |
| 1 | No tener condena por delito doloso, con sentencia firme. |  |
| 2 | No estar inhabilitado para ejercer la función pública por decisión administrativa firme o sentencia judicial con calidad de cosa juzgada. |  |
| 3 | No tener antecedentes penales, judiciales y policiales. |  |
| 4 | No tener deuda por concepto de reparaciones civiles a favor de personas y del Estado establecidas en sentencias con calidad de cosa juzgada, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Reparaciones Civiles - REDERECI, creado por Ley N° 30353. |  |
| 5 | No estar inscrito en el Registro Único de Condenados Inhabilitados por Delitos contra la Administración Pública, creado por Decreto Legislativo N° 1243. |  |
| 6 | Gozar de buen estado de salud física y mental |  |

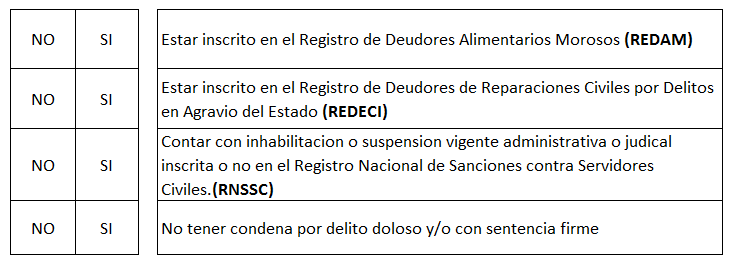
Pomabamba, …….. de …………………………………. del ……..……

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO REDAM, REDECI, RNSSC Y DELITO DOLOSO**

Yo, …………………………........................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio legal ………………………………………………………................, Distrito ………….…….........., Provincia …………………....................., Departamento …….……….………..., ante usted, con el debido respeto, me presento y **BAJO JURAMENTO** **DECLARO** lo siguiente:

En caso de haber marcado **(SI)** para el caso de estar inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM), me comprometo a suscribir y presentar ante la RISCN en el lapso no mayor de 3 días la autorización para el descuento por planilla de mis remuneraciones hasta la cancelación del citado registro, el no cumplimiento es causal para la resolución de contrato.

Firmo la presente declaración de conformidad con lo establecido en el TUO de la LPAG, y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el TUO de la LPAG, el Decreto Legislativo N° 1367 y otras normas legales convexas, autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

Pomabamba, …….. de …………………………………. del ……..……

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 04**

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

Yo, …………………………........................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio legal ………………………………………………………................, Distrito ………….…….........., Provincia …………………....................., Departamento …….……….………..., ante usted, con el debido respeto, me presento y **BAJO JURAMENTO** declaro tener conocimiento de la siguiente normativa:

* 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.

Pomabamba, …….. de …………………………………. del ……..……

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

Yo, …………………………........................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio legal ………………………………………………………................, Distrito ………….…….........., Provincia …………………....................., Departamento …….……….………..., ante usted, con el debido respeto, me presento y **BAJO JURAMENTO** declaro lo siguiente:

( ) **SI**, Gozo de Buena Salud, no sufriendo de comorbilidades que me impidan realizar las labores de

manera presencial, en el órgano y/o unidad orgánica (lugar donde prestare servicio) establecimiento de salud para lo cual postulo.

( ) **NO**, Gozo de Buena Salud, padeciendo a la fecha de comorbilidad que me impidan realizar las labores

de manera presencial, en el establecimiento de salud u unidad para lo cual postulo siendo las siguientes:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Pomabamba, …….. de …………………………………. del ……..……

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Yo, ………………………………………………………………………..……………...…, identificado (a) con DNI N° .........................., con RUC N° ………………….……, con domicilio en ………………………………..............….., Distrito ……….……………..…………, Provincia y departamento ….….…………………………..…………….…., ante usted con el debido respeto me presento y **DECLARO** **BAJO JURAMENTO** **DE LEY**, que al momento de suscribir el presente documento:

1. Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas:
   * + 1. Ley N° 26771, modificada en su artículo 1º por la Ley N° 30294 que establece prohibiciones de ejercer facultad de nombrar y contratar a personal en el sector público, en caso de parentesco.
       2. Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, Reglamento de la Ley N° 26771 y sus modificatorias.
       3. Decreto Supremo N° 034-2005-PCM, dispone otorgamiento de declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo.
2. En consecuencia, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que ……….. (indicar SI o NO) me une vínculo familiar y/o matrimonial hasta el 4° grado de consanguinidad y 2° de afinidad con el titular de la Entidad ni con funcionarios con poder de decisión de la Red Integrada de Salud Conchucos Norte.
3. En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declarar la(s) persona(s) con quien(es) le une el vínculo antes indicado:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **PARENTEZCO** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **CARGO** | **ÁREA DE TRABAJO** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, concordante con el artículo 32º de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General modificado por el Decreto Legislativo N° 1272.

Pomabamba, ………… de …………………………………… del ………….

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 07**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON SANCION Y/O PROCESO ADMINISTRATIVO, NI JUDICIAL**

Yo, …………………………........................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio legal ………………………………………………………................, Distrito ………….…………........., Provincia …………………....................., Departamento …….…….….………..., ante usted, con el debido respeto, me presento y **BAJO JURAMENTO** **DECLARO** lo siguiente:

**NO CONTAR CON SANCION ADMINISTRATIVA, NO CONTAR CON PROCESO ADMINISTRATIVO, NI JUDICIAL VIGENTE, NI HABER SIDO SANCIONADO ADMINISTRATIVA EN LOS ULTIMOS CINCO (05) AÑOS.**

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito de falsa declaración en Proceso Administrativos Artículo 41° del Código Penal y Delito contra la fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al Artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Pomabamba, …… de …………………………………. del …………

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 08**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER NINGUN IMPEDIMENTO LEGAL PARA TRABAJAR EN EL SECTOR PUBLICO**

Yo, …………………………........................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio legal ………………………………………………………................, Distrito ………….…….........., Provincia …………………....................., Departamento …….……….………..., ante usted, con el debido respeto, me presento y **BAJO JURAMENTO** declaro lo siguiente:

1. Que la documentación presentada para el concurso público es copia fiel de los originales.
2. No tener antecedentes penales, policiales y/o judiciales.
3. No estar incurso en ninguna de las incompatibilidades establecidas en la Ley Universitaria, el Estatuto de la Universidad o sus normas conexas.
4. No estar impedido para el ejercicio de las funciones públicas y de tener hábiles mis derechos civiles y labores.
5. No haber sido destituido, despedido o habérsele resultado contrato por falta administrativa grave, Ley N° 26488.
6. No haber sido condenado, sentenciado o estar procesado judicialmente por los delitos de terrorismo, apología del terrorismo, violación de la libertad sexual y tráfico ilícito de drogas, Ley N° 29988.
7. No haber sido sancionado por INDECOPI por haber plagiado una obra intelectual, mediante resolución administrativa con calidad de cosa decidida.
8. No haber incurrido en delito doloso en agravio de la universidad, con sentencia judicial en la condición de firme, consentida o ejecutoriada.
9. Conocer el Código de Ética de la función pública.

Pomabamba, …… de …………………………………. del …………

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

Formulo la presente declaración en virtud del principio de presunción de veracidad prevista en los artículos IV numeral 1.7 y 42 ° de la Ley N°27444 Ley de Procedimiento Administrativo General. Sujetándome a las acciones legales y/o penales que corresponden de acuerdo con la legislación nacional vigente.

**ANEXO N° 09**

**DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION DEL ESTADO**

Yo, …………………………........................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio legal ………………………………………………………................, Distrito ………….…….........., Provincia …………………....................., Departamento …….……….………..., ante usted, con el debido respeto, me presento y **BAJO JURAMENTO** declaro lo siguiente:

1. Que, tengo conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desarrollar un empleo o cargo público remunerado: “con excepción de uno o más por función docente.
2. Que, en la actualidad (NO) presto servicios remunerados.
3. Que, en la actualidad (SI) presto servicios remunerados, en la Institución ………………………..…….. ………………………….………………………………………, en el Cargo de ……..………………..……… ……………………………………….………, en la condición de ( ) Nombrado ( ) Contratado, en el cual percibo los siguientes ingresos:

( ) Remuneración

( ) Dieta

( ) Incentivos Labores

( ) Honorarios

( ) Otros: ……………………………………………………………………………………………………...

.

Por lo que declaro que NO tengo incompatibilidad horaria entre las instituciones publica donde labor lo cual sustento con mis horarios de trabajo debidamente visados por la Institución.

Pomabamba, …… de …………………………………. del …………

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 10**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES**

(Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales)

Yo, …………………………................................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio legal ………………………………………………………................, Distrito ……………...…….........., Provincia …………………....................., Departamento …….…….….………..., participante del Concurso Público de Méritos - Proceso CAS N° 003-2025-RISCN (Plazo Temporal – Transitorio), autorizo a la Red Integrada de Salud Conchucos Norte, a validar información de mis datos personales en fuentes accesibles públicas y/o privadas.

Asimismo, pongo a su disposición las referencias laborales de mis tres (03) últimos centros laborales, verificando que los teléfonos se encuentran actualizados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCION** | **REFERENCIA 1** | **REFERENCIA 2** | **REFERENCIA 3** |
| EMPRESA / ENTIDAD |  |  |  |
| DIRECCIÓN |  |  |  |
| CARGO / PUESTO DEL POSTULANTE |  |  |  |
| NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO |  |  |  |
| TELÉFONOS |  |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |  |  |

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, concordante con el artículo 32º de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Pomabamba, ……… de …………………………………. del …………

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 11**

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE AUTENTICIDAD DE INFORMACION Y DOCUMENTACION**

(Ley N° 27444 - Ley 27815 – D.S N° 033-2005-PCM)

Yo, …………………………................................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., persona natural contratada(o) con sujeción al Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, regulado por Ley N° 29849 y el Decreto Legislativo N° 1057, **DECLARO BAJO JURAMENTO**:

Que, la documentación presentada en el presente proceso de convocatoria es copia fiel del original, la misma que obra en mi poder, la cual puede ser verificada por la Entidad, en virtud a sus facultades de fiscalización posterior en concordancia con el artículo 32° de la Ley 27444.

Que de advertir la Entidad la falsedad de algún documento presentado, se encuentra facultado para la inmediata resolución del contrato CAS, en concordancia con el literal d) del artículo 9° del D.S N° 033-2005-PCM.

Formulo la presente Declaración Jurada en virtud del Principio de Presunción de veracidad previsto en los artículos 4° del Título Preliminar numeral 1.7 y 49° del TUO de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones administrativas, legales y/o penales que correspondan, de acuerdo a la legislación vigente.

Por lo expuesto, declaro conocer las consecuencias administrativas y penales en caso de falsedad de la presente declaración, asumiendo las responsabilidades del caso.

Pomabamba, …… de …………………………………. del …………

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**

**ANEXO N° 12**

**DECLARACIÓN JURADA PARA BONIFICACIÓN**

Yo, …………………………................................................................................................................................., identificado (a) con DNI N° .…..…………………., con domicilio legal ………………………………………………………................, Distrito ……………...…….........., Provincia …………………..................., Departamento …….…….……………..., de nacionalidad ………….………………………, mayor de edad, de estado civil …….…………………………. de profesión …………………….……………………….., a efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como ……………………………………………. en ……………………….…………………………, manifiesto con carácter de **DECLARACIÓN JURADA** lo siguiente:

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD**

(Marque con una “X” la respuesta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **SI** | **NO** |
| Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por CONADIS |  |  |

**BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

(Marque con una “X” la respuesta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI** | **NO** |
| Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo establecido en la Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 61-2010-SERVIR/PE, que establece criterios para asignar una bonificación en concursos para puestos de trabajo en la Administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de licenciado. |  |  |

Pomabamba,…… de …………………………………. del …………

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

**FIRMA HUELLA DIGITAL**