### **ANEXO 1**

Solicito: lnscripción para el Concurso de Contratación Administrativa de Servicios N° 005-2025-HRCR TRANSITORIO

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO CAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAÑETE REZOLA

S.P.

Yo: , identificado(a) con DNI N° ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, enterado de los requisitos y condiciones que establece la Convocatoria a Concurso CAS N° 005 2025-HRCR – CAS TRANSITORIO, publicada en su página Web, solicito a usted mi inscripción y por lo tanto considerarme como postulante para el Cargo de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ITEM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**de la Unidad Orgánica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para lo cual adjunto mi expediente sustentado con los requisitos que consta de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Folios.

POR LO TANTO:

Solicito a usted aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

San Luis,\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 2025

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

Firma del Solicitante

DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TF. \_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 02**

|  |
| --- |
| **FICHA DE POSTULANTE**  **(DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES)** |

|  |  |
| --- | --- |
| NRO PROCESO: |  |
| CARGO FUNCIONAL: |  |
| ITEN DE PLAZA: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **I.- DATOS PERSONALES** | |
| **Apellidos completos** |  |
| **Nombres completos** |  |
| **Documento de identidad (DNI)** |  |
| **Estado Civil** |  |
| **Número de R.U.C.** |  |
| **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)** |  |
| **Lugar de nacimiento** |  |
| **Dirección de domicilio actual** |  |
| **Distrito** |  |
| **Provincia y Departamento** |  |
| **N° de teléfono de casa (u otro de referencia)** | (incluir código de ciudad) |
| **N° de teléfono celular** |  |
| **Correo electrónico** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.- INFORMACION COMPLEMENTARIA** | | | | | | |
| **2.1 Condición del postulante** | | | | | | |
| **Persona con discapacidad** | | | **SI** |  | **NO** |  |
| **Número de inscripción (CONADIS)** | **N°** |  | | | | |
| **Licenciado de las Fuerzas Armadas** | | | **SI** |  | **NO** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III.- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL PERFIL DEL SERVICIO: Registrar los datos según corresponda y dejar en blanco aquellos que no aplique. Adjuntar copia simple (legible) de los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos señalados en los Términos de referencia. (En caso se necesite más espacio/filas para sustentar lo requerido, adjuntar hoja adicional respetando el mismo formato).** | | | | | | | |
| **3.1. Formación requerida: Formación Académica, Grado Académico y/o Nivel de Estudio** | | | | | | | |
| **Concepto** | **Nombre de la Institución** | **Grado o Nivel Académico** | **Profesión o Especialidad** | **Mes o años de estudio (referencial)** | | **Fecha de Emisión del documento** | **Folio N°** |
| **Desde** | **Hasta** |
| **Estudios Secundarios** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Título Técnico** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bachiller** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Título Profesional** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Maestría** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Doctorado** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.2.- Información respecto a la Colegiatura. (Adjuntar solo si es requisito exigido en la convocatoria)** | | | | | | | |
| **Diploma de Colegiatura** | | | | **Colegio Profesional**  **Ejemplo: Colegio Médico del Perú** | | **Fecha de Emisión del documento** | **Folio N°** |
| **SI** |  | **NO** |  |  | |  |  |
| **Constancia de Habilitación Profesional** | | | | | | **Vigente hasta el** | **Folio N°** |
| **SI** |  | **NO** |  | **N° de Colegiatura** |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| **3.3.- Condición del postulante. (Si lo acredita con la documentación respectiva indicar el número de folio)** | | | | | | | |
| **Persona con discapacidad** | | | | | | | **Folio N°** |
| En aplicación a lo establecido por el artículo 48°, 76° y 78° de la Ley N° 29973, Ley General de Personas con Discapacidad. (De presentar discapacidad, acreditarlo con la respectiva certificación). | | | | | | |  |
| **Licenciado de las Fuerzas Armadas** | | | | | | | **Folio N°** |
| De conformidad con la Ley N° 29248 y su reglamento. Recordado por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011- SERVIR/PE, en la que refiere que de ser Licenciado, deberá acreditarlo documentalmente. | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.4.- Capacitación recibida. (Adjuntar la documentación de acuerdo con los requisitos exigidos en la convocatoria y presentarlo de manera ordenada del más reciente al más antiguo).** | | | | | | |
| **N°** | **Curso y/o Estudios de Especialización (relacionados al puesto que postula)** | **Fecha inicio dd/mm/aaaa** | **Fecha fin dd/mm/aaaa** | **Institución** | **Total horas** | **Folio N°** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |

El postulante podrá aumentar filas según lo requiera.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.5.- Experiencia laboral y de prestación de servicio en general: Según corresponda, adjuntar la documentación (constancias, certificados, contratos de trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en las bases de la convocatoria, que acredite haber prestado servicios por el periodo que se indica. (Presentarlo de manera legible y ordenada del más reciente al más antiguo), debiendo estar foliado.** | | | | | | | | |
| **3.5.1.- Experiencia laboral general\*** | | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Remuneración mensual** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |

El postulante podrá aumentar filas según lo requiera.

\* Se detallará la experiencia laboral en general tanto en el sector público como en el sector privado (comenzar por la más reciente). Sólo se considerará el tiempo acreditado con la correspondiente documentación.

\* Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral general.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.5.2.- Experiencia laboral específica requerida en la función o la materia: Tiempo de experiencia específica que es adquirida por el desempeño de las funciones, así como aquella que se adquiere en la/s materia/s a la/s que se hace referencia en las funciones de un puesto o cargo.**  **Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican.** | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |

El postulante podrá aumentar filas según lo requiera.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.5.3.- Experiencia laboral específica requerida en el puesto o cargo: Tiempo de experiencia específica que es adquirida por el desempeño de un nivel o tipo de puesto o cargo específico.** | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |

El postulante podrá aumentar filas según lo requiera.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.5.4.- Experiencia laboral específica requerida en el sector público: Tiempo de experiencia específica que es adquirida por el desempeño de funciones en una entidad pública o empresa del sector público.** | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha inicio**  **d d / mm/ a a a a** | **Fecha fin**  **d d / mm/ a a a a** | **Tiempo total** | **Motivo de cese** | **Folio N° \*** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado: | | | | | | | |

El postulante podrá aumentar filas según lo requiera.

Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral especifica.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.6.- Referencias laborales** | | | | | |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa donde prestó servicios** | **Nombre completo del superior inmediato** | **Cargo del superior inmediato** | **Teléfono de la Entidad o Empresa** | **N° celular del superior inmediato** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

\* Registre como mínimo las referencias de sus tres últimos empleos, de preferencia las experiencias relacionadas con las funciones del puesto.

**Declaro bajo juramento que la información proporcionada en el presente Formato de hoja de vida, es veraz y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ciudad) (Fecha) (Firma)

**ANEXO N° 3**

**DECLARACION JURADA**

Yo, , identificado(a) con D.N.I

N° .......................... y con domicilio actual en...............................................................................

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

**DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:**

* No encontrarme sancionado en ninguna entidad pública, de haberlo sido deberá adjuntar su rehabilitaci6n.
* No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional
* No tengo antecedentes Penales, Judiciales ni Policiales
* No tengo inhabilitación para ejercer cargo en el Estado
* No tengo sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores
* No me encuentro incurso en Nepotismo
* Cuento con disponibilidad inmediata a la suscripción del Contrato

Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente Declaración Jurada; asimismo, me comprometo a presentar la documentación sustentatoria en caso de salir ganador de la plaza concursada.

San Luis, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 2025

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

Firma del Solicitante DNI N° \_

TF

**ANEXO 4**

**DECLARACION JURADA**

Yo, , identificado(a) con D.N.I

N° .......................... y con domicilio actual en...............................................................................

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

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

**INCOMPATIBILIDAD**

No tener impedimento de contratar con el Estado en la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios ni estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el Decreto Supremo N° 019-02-PCM, y

**NEPOTISMO**

No tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza del Hospital Regional de Cañete Rezola, que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.

La presente Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo, la presento dentro del marco de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado par D.S. N° 021-2000-PCM, modificado por el D.S. N° 034-2005-PCM.

**REGIMEN PENSIONARIO**

Elijo el siguiente régimen de pensiones:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES

|  |
| --- |
| INTEGRA |
| PROFUTURO |
| HORIZONTE |
| PRIMA |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**OPCIONAL**

Solo para los que vienen prestando servicios al Estado

NO

SI

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES

San Luis,........... de de 2025

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

Firma

**DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXO 5**

**DECLARACION JURADA**

Yo

……………………………………………………..Identificado (a) con D.N.I……………………….

de profesión…………………........................, con domicilio en:………………………………………….

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

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

Que a la fecha cuento con buena salud física y mental.

Extiendo la presente Declaración Jurada en honor a la verdad, bajo juramento de Ley, y absoluta responsabilidad sobre la veracidad del contenido de la presente declaración, sometiéndome libre y voluntariamente a los alcances de los dispositivos legales vigentes.

Asimismo, me comprometo a presentar el correspondiente Certificado de buena salud física y mental, hasta antes de la Suscripción del Contrato del Concurso -CAS en el Hospital Regional de Cañete Rezola.

San Luis,………de de 2025

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

Firma

DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 6**

**DECLARACION JURADA**

Yo, ........................................................................, identificado con D.N.I. N° ,

de ocupaci6n , con domicilio en

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

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

* + De no encontrarse en el Registro de Deudores Alimentarios morosos REDAM
  + De no encontrarse en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD.

Extiendo la presente Declaración Jurada en honor a la verdad, bajo juramento de Ley, y absoluta responsabilidad sobre la veracidad del contenido de la presente declaración, sometiéndome libre y voluntariamente a los alcances de los dispositivos legales vigentes.

Asimismo, de ser falsa dicha declaración me someto a las sanciones administrativas que de acuerdo a Ley estaría infligiendo.

San Luis,………de de 2025

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

Firma

DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 07**

**CARTA DE PRESENTACION**

Lima, ……………………….. Señores

DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL DE LA SALUD MINISTERIO DE SALUD

Presente.-

Asunto: Solicita habilitación excepcional de doble empleo o cargo público remunerado en la misma entidad empleadora

De mi consideración

Yo, ………………………….…………………………………………..., identificado con DNI Nº

………………..….., domiciliado en …………………………………………………………………………

Me dirijo a ustedes en el marco de lo dispuesto por el numeral 3 del artículo 7 de la Resolución Ministerial Nº 022- 2025/MINSA, que aprueba los Lineamientos para la habilitación del Doble Empleo o Cargo Público Remunerado al Profesional Médico con o sin especialidad, en concordancia con lo establecido en la Ley Nº 32145, a fin de solicitar la habilitación excepcional de un segundo vínculo laboral dentro de mi misma entidad empleadora, por razones justificadas y excepcionales.

Declaro, que cumplo con la totalidad de los requisitos previstos en el artículo 5 de los referidos Lineamientos, por lo que adjunto la documentación de sustento correspondiente:

1. Copia simple del título profesional registrado ante la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria – SUNEDU, así como la constancia de habilitación vigente expedida por el Colegio Médico del Perú.
2. Copia simple del título de segunda especialidad o subespecialidad (de ser aplicable), debidamente registrado ante la SUNEDU y el Colegio Médico del Perú.
3. Copia simple de la constancia de habilitación profesional vigente, expedida por el Colegio Médico del Perú.
4. Copia simple constancia de vínculo laboral con una de las entidades públicas señaladas en el numeral 3.1 del artículo 3 de los citados Lineamientos.

Fecha, de de 2025

Firma, Nombre y DNI

**ANEXO 08**

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: / /

Departamento / Provincia / Distrito día mes año NACIONALIDAD:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RUC:

DIRECCION:

Avenida / Calle/ Jirón Nº Dpto.

CIUDAD DISTRITO

CELULAR: Correo Electrónico:

TITULO/GRADO ACADEMICO:

FECHA DE EGRESO: UNIVERSIDAD:

COLEGIO PROFESIONAL:

TITULO DE ESPECIALIDAD (SI CORRESPONDE) :

ENTIDAD EMPLEADORA EN LA QUE SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO DE DOBLE EMPLEO

**…………………………………………………………..…….**

DECLARACIÓN JURADA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo IV del Título Preliminar, numerales 1.7 y artículo 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, declaro bajo juramento que la información consignada en el presente documento es veraz y se sujeta a la presunción de veracidad establecida por ley, quedando sujeto a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales en caso de verificarse su falsedad, conforme a la normativa vigente.

En fe de lo expuesto, suscribo la presente Declaración Jurada, en señal de conformidad y veracidad.

Fecha

Firma, Nombre y DNI