

ANEXO Nº 1

DECLARACIÓN JURADA

La (el) que suscribe, identificada con DNI N°,
domiciliaria (o) en

DECLARO BAJO JURAMENTO

- ✓ No registrar Antecedentes Penales¹, Policiales, ni Judiciales.
- ✓ Gozar de Buena Salud Física y Mental.
- ✓ No estar inhabilitado para contratar con el Estado.
- ✓ No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.
- ✓ No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – 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.

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2019

¹ Ley N° 29607, de fecha 22 de Octubre del 2010.

ANEXO Nº 2

DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO

La (el) que suscribe, con DNI N.º,
Con RUC N.º domiciliado en Declara
bajo juramento: No tener grado de parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio
o uniones de hecho, con personal que preste y/o prestó servicio en el Hospital Rezola Cañete, bajo cualquier
modalidad: Contrato de Servicio No Personales o Locación de Servicio o Contratos Administración de
Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o
nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad – Honorem.

EN CASO DE TENER PARIENTES EN EL HOSPITAL REZOLA – CAÑETE.

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia, del Hospital Rezola Cañete,
presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de
parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O DEPENDENCIA

Lo que declaro para su verificación y fines pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 27444 – Ley
del Procedimiento Administrativo General.

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2019

ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA

El/La que suscribe _____ identificado(a) con DNI N° _____, con RUC N° _____, domiciliado en _____, contratado/nombrado con Resolución/ Contrato Nro. _____ bajo el cargo de _____ declarar bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un cargo en el Estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
- d) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- e) No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
- f) No percibir otra remuneración o ingreso del Estado.

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2019



ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA REGIMENES PREVISIONALES

LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:

El/La que suscribe _____ identificado(a) con DNI N° _____, con RUC N° _____, domiciliado en _____, declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún régimen público o privado (Decreto Legislativo N° 20530 – Decreto Legislativo N° 19990 o AFP).

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2019.

LLENAR EN CASO DE SER PENSIONISTA:

En caso de pertenecer a algún régimen pensionario, declaro bajo juramento ser pensionista (marcar con X según corresponda):

- 1 D.L 20530
Entidad
- 2 D.L 19990 - Oficina de Normalización Provisional
- 3 Otros indicar

Me comprometo a suspender mi pensión detalla en líneas arriba, con el fin de poder prestar servicios en la entidad baja la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios (CAS)

Nombres y Apellidos :

.....
D.N.I N° :

Domicilio:

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2019

ANEXO N° 5

DECLARACIÓN JURADA CODIGO DE ETICA

(Ley N° 27815 “Ley de Ética de la Función Pública” y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley de Código de Ética de la Función Pública”)

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CODIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y SU REGLAMENTO

Por la presente yo _____ identificado con DNI N° _____
Domiciliado en _____, distrito en _____
Contratado _____

DECLARO QUE:

1. He recibido un ejemplar de la Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública”; así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública”.
2. Tengo conocimiento del contenido y lo allí estipulado del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento.
3. Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública” y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública”, donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2019

Firma

ANEXO N° 6

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo _____ identificado(a) con DNI N° _____,
en calidad de trabajador del Ministerio de Salud, declaro bajo juramento:

Guardar la reserva del caso respecto de información privilegiada a la que pudiera acceder y a no divulgar ni utilizar información que pese a no tener carácter de reserva por norma expresa, pudiera resultar privilegiada en su contenido y ser utilizada en beneficio propio o de terceros con el siguiente perjuicio al MINSA y al Estado.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con el MINSA, declaro bajo juramento que aceptaré los impedimentos señalados en la Ley N° 27588.

En caso incumpla lo declarado en la presente, me someteré a las medidas y sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el D.S N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiere lugar.

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2019.

Firma

(Anexo N° 07 – Resolución Ministerial N° 076-2017/MINSA)

FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE

N° DE CONVOCATORIA

I. DATOS PERSONALES.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar

día/mes/año

ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

DIRECCIÓN:

Avenida/Calle/Jr.

No.

Dpto.

CIUDAD:

DISTRITO:

TELEFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:

COLEGIO PROFESIONAL (SI APLICA):

REGISTRO N°:



II. PERSONA CON DISCAPACIDAD (*): **SÍ ()** **NO ()**

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento sustenta torio, emitido por el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS.

III. LICENCIADO DE LAS FF.AA. (*): **SÍ ()** **NO ()**

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento que acredite dicha condición.

IV. FORMACIÓN ACADÉMICA

En el caso de Doctorados, Maestrías, Especialización y/o Postgrado, referir solo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula. La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (copia simple).

Nivel	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad/País	Estudios Realizados Desde/Hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título (Mes/Año)
DOCTORADO					
MAESTRIA					
POSTGRADO					
TITULO					
BACHILLER					
TÍTULO TÉCNICO					
SECUNDARIA					

(Agregue más filas si fuera necesario)

Estudios complementarios: Cursos de especialización, Diplomados, Seminarios, Talleres, etc.

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad/País	Estudios realizados desde/hasta (Mes/año Total Horas)	Fecha de extensión del documento (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o especialización					
Post-Grado o especialización					
Cursos y/o Capacitación					
Cursos y/o Capacitación					
Cursos y/o Capacitación					
Informática					
Idiomas					

(Agregue más filas si fuera necesario)



ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:

--

MARCAR CON UN ASPA (X) DONDE CORRESPONDA:

Idioma 1	Idioma 2
Habla	Habla
Lee	Lee
Escribe	Escribe

V. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **LA EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL EN ORDEN CRONOLÓGICO.** **La información a ser proporcionada en los cuadros deberá ser respaldada con los respectivos certificados.**

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años y meses)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Publica (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otros ()					
N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años y meses)
2					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Publica (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otros ()					
N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años y meses)
3					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Publica (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otros ()					
N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años y meses)



4				
Breve descripción de la función desempeñada:				
Marcar con aspa según corresponda: Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otros ()				

Se podrá agregar otro cuadro si es necesario.

VII. REFERENCIAS PROFESIONALES.-

En la presente sección el candidato podrá detallar las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando.

N°	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de la persona	Teléfono actual de la Entidad o persona
1				
2				
3				

San Vicente, ____ de _____ de 2019

Firma del Postulante
DNI N°