**ANEXO Nº 1**

**DECLARACIÓN JURADA**

La (el) que suscribe, ………………………………………………… identificada con DNI Nº ,

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 alimentarías 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 Nº 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 411º del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32º de la Ley Nº 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Firma

San Vicente de Cañete, de del 2019

1. Ley Nº 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 Nº 3**

**DECLARACIÓN JURADA**

El/La que suscribe

identificado(a) con DNI Nº

 , con RUC Nº , domiciliado en

 , contratado/nombrado con Resolución/ Contrato Nro.

 bajo el cargo de declarar bajo juramento:

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

Firma

San Vicente de Cañete, de del 2019

**ANEXO Nº 4**

**DECLARACIÓN JURADA REGIMENES PREVISIONALES LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:**

El/La que suscribe identificado(a) con DNI Nº

 , con RUC Nº , domiciliado en

 , declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún régimen público o privado (Decreto Legislativo Nº 20530 – Decreto Legislativo Nº 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 Nº : …………………………………………………………………………………………………

Domicilio: …………………………………………………………………………………………………

Firma

San Vicente de Cañete, de del 2019

**ANEXO Nº 5**

**DECLARACIÓN JURADA CODIGO DE ETICA**

**(Ley Nº 27815 “Ley de Ética de la Función Pública” y Decreto Supremo Nº 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 Nº Domiciliado en , distrito en Contratado

**DECLARO QUE:**

1. He recibido un ejemplar de la Ley Nº 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública”; así como del Decreto Supremo Nº 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 Nº 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública” y el Decreto Supremo Nº 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 Nº 6**

**DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD**

Yo identificado(a) con DNI Nº ,

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 Nº 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 Nº 27588 y su Reglamento aprobado por el D.S Nº 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 7**

# (Anexo N° 07 – Resolución Ministerial N° 076-2017/MINSA) FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE

**N° DE CONVOCATORIA**

1. **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°:**

1. **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.

1. **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.

1. **FORMACIÓN ACADEMICA**

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 CRONOLOGICO.**

**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:****Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** |

**Se podrá agregar otro cuadro si es necesario.**

1. **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° …………………………**

**Señores:**

Comisión encargada de la Convocatoria, Evaluación y Selección CAS Hospital Rezola Cañete

**Convocatoria CAS Nº 002-2019-HRC**

**Apellidos y Nombres: ………………………………………………………………..………**

**DNI y/o Carnet de Extranjeria: ..…………………….……………………………………….**

**Código del Puesto ITEM: ……………………….…………………………....................….**

**Cargo al que postula: …………………………………………………………………….…..**

**Departamento:…………………………………………………………………………………**

**Especialidad: ………………………………………………………….………………….…...**

**E-MAIL:**

**Celular:**