**ANEXO 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN**

Señores:

Red de Salud Huamalíes

**COMISIÓN DEL CONCURSO CAS TEMPORAL Y DE REEMPLAZO N° 001-2022-RSH**

**PRESENTE**

Yo,……………………………………………………………………………...... (Nombres y Apellidos) identificado (a) con DNI N°.………………. mediante la presente le solicito se me considere para participar en el Proceso del Concurso de Provisión abierto para la Contratación de Personal a Plazo Fijo D.L. 276, convocado por la Red de Salud Huamalíes, a fin de acceder a la plaza cuya denominación es ……………………………………………………………. en el Establecimiento de Salud ……………………………………………………….… por el cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado.

Llata,….... de………………. de 2022.

……………………………………

Firma del postulante

Indicar marcando con un aspa (x), condición de discapacidad

Adjunta certificado de discapacidad (SI) (NO)

Tipo de discapacidad

Física ( ) ( )

Auditiva ( ) ( )

Visual ( ) ( )

Ley N° 29973, Ley General de la persona con discapacidad.

**Bonificación en el concurso público de méritos convocados por las entidades públicas:**

Antes de la ley N° 29973 ya se había establecido que, la persona con discapacidad que cumpla con los requisitos para el cargo y alcance un puntaje aprobatorio, obtendría una bonificación del 15% sobre el puntaje final. La nueva Ley ha establecido que, de no colocarse en las bases la aplicación de este beneficio, las mismas serán declaradas nulas.

Resolución presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, indicar marcando con un aspa (x):

Licenciado de las Fuerzas Armadas ( )

**ANEXO 2**

**DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS Y ANTECEDENTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** | | |  |
| **N0 DNI** | | |  |
| **DIRECCIÓN DOMICILIARIA** | | |  |
| **CARGO AL QUE POSTULA** | | |  |
| Mediante la presente declaración jurada de acuerdo al principio de presunción de veracidad previsto en el numeral 1.7 del articulo IV y el articulo 51 del texto ordenado de la Ley N0 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General; en mi calidad de postulante al proceso de selección para la Contratación Administrativa de Servicios D.L. 1057, convocado por la Red de Salud Huamalíes, **DECLARO BAJO JURAMENTO**: Marcar con aspa de ser Si o NO. | | | |
| SI | NO | Gozar de buena salud física y mental | |
| SI | NO | Tener vínculo laboral o prestar servicios bajo cualquier modalidad en la Red de Salud Huamalíes u otra institución pública. | |
| SI | NO | Estar comprendido dentro de los impedimentos de la Ley N 28175, es decir, no recibir otra remuneración, retribución, emolumento o cualquier otro tipo de ingreso de institución pública. | |
| SI | NO | Tener inhabilitación administrativa o judicial, para celebrar contratos bajo cualquier modalidad en entidades públicas. | |
| SI | NO | Tener antecedentes penales o judiciales por delitos dolosos. | |
| SI | NO | Encontrarme en el registro de deudor alimentario doloso. | |
| SI | NO | Tener inhabilitación vigente en el registro Nacional de Sanciones de destitución y despido en los últimos años. | |
| SI | NO | Estar inmerso en caso de nepotismo. | |
| SI | NO | Que soy responsable de toda la veracidad de los documentos e información que presento para efectos del presente proceso de selección. | |
| SI | NO | Responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente Declaración Jurada | |
| SI | NO | Contar con disponibilidad inmediata a la suscripción del contrato | |

Llata,….... de………………. de 2022.

……………………………………

Firma del postulante

**FICHA DE RESUMEN CURRICULAR**

* 1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombres |  |
| Nacionalidad |  |
| Fecha de nacimiento: día/mes/año |  |
| Lugar de nacimiento: Dpto/Prov/Dist |  |
| Número de DNI |  |
| Estado Civil |  |
| Domicilio Actual |  |
| Dpto/ Prov /Disd |  |
| N° de teléfono fijos y móvil |  |
| Correo Electrónico |  |
| Numero de Colegiatura Profesional |  |

1. **FORMACION ACADEMICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | **Centro de estudios** | **Especialidad** | **Año inicio** | **Año fin** | **Fecha de extensión del título (mes/Año)** | **Ciudad/País** |
| DOCTORADO |  |  |  |  |  |  |
| MAESTRIA |  |  |  |  |  |  |
| POSTGRADO |  |  |  |  |  |  |
| LICENCIATURA |  |  |  |  |  |  |
| BACHILLER |  |  |  |  |  |  |
| TITULO TECNICO |  |  |  |  |  |  |
| ESTUDIOS BASICOS REGULARES |  |  |  |  |  |  |

**OTROS CONOCIMIENTOS Y CAPACITACION**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA INICIO**  **(DIA/MES/AÑO)** | **FECHA FIN**  **(DIA/MES/AÑO)** | **INSTITUCION** | **TOTAL HIORAS** | **N° FOLIO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

* Detallar los conocimientos solicitados en los requisitos del perfil y no contemplados en el formato
* Se valorara. Diplomados, así como cursos y/o capacitaciones mayores a 20 horas académicas.

1. **CONOCIMIENTOS DE INFORMATICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **PROGRAMAS ESTUDIADOS** | **CENTRO DE ESTUDIOS O MEDIO OBTENIDO** | **NIVEL ALCANZADO (\*)**  **(\*) Básico, intermedio, avanzado** | **N° FOLIO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

1. **OTROS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA EL CARGO (\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DOCUMENTO** | **N° DE FOLIO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(\*) Incluye. Declaración Jurada de buena salud u otros requeridos en el MPP.

1. **EXPERIENCIA LABORAL Y DE PRESTACION DE SERVICIOS EN GENERAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** | **FECHA INICIO**  **(DIA/MES/AÑO)** | **FECHA FIN**  **(DIA/MES/AÑO)** | **TIEMPO TOTAL** | **MOTIVO DE CESE** | **N° DE FOLIO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |

**(\*) Toda la experiencia laboral aunque tenga relación directa con el objeto del servicio. (Puede insertar mas filas si así lo requiere).**

Se detallara la experiencia laboral y de prestación de servicios en general tanto en el sector público como en el sector privado (comenzar por la más reciente). **Solo se considerara el tiempo acreditado con la correspondiente documentación.**

1. **EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA**

Es la experiencia por el postulante posee en el tema específico de la convocatoria.

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia específica, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si lo requiere.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** | **FECHA INICIO**  **(DIA/MES/AÑO)** | **FECHA FIN**  **(DIA/MES/AÑO)** | **TIEMPO TOTAL** | **MOTIVO DE CESE** | **N° DE FOLIO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA** | **(XX AÑOS/XX MESES)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI N° DE FOLIO** | **NO** |
| Soy licenciado de la Fuerzas Armadas y cuento con la Certificación y/o documentación correspondiente |  |  |

Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite lo declarado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **SI N° DE FOLIO** | **NO** |
| Soy una persona con Discapacidad, y cuento con la acreditación correspondiente de conformidad con lo establecido por la Ley N° 27050, **CONADIS** |  |  |

Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite lo declarado. Deberá ser llenado obligatoriamente en la presentación del Curricular Documentado.

Declaro que la información y documentos proporcionados son veraces y exactos, motivo por el cual rubrico la copia de cada uno de ellos y autorizo su investigación. En caso de detectarse que se ha omitido, ocultado o consignado información falsa me someto a las acciones administrativas, legales y penales que corresponden.

|  |
| --- |
| Lugar y Fecha: |
| **FIRMA** |