

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO

Unidad Ejecutora 405 - Red de Salud Huamalíes

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ANEXOS

OPP

el north and a second

Manust



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO Unidad Ejecutora 405 - Red de Salud Huamalíes "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



MODELO DE RÓTULO PARA EL FOLDER

	CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITOS CAS N°004-2022-RSH CONTRATACIÓN DE PERSONAL BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, POR REMPLAZO EN LAS PLAZAS VACANTES
1.	APELLIDOS Y NOMBRES DEL POSTULANTE:
2.	CARGO AL QUE POSTULA:
3.	LUGAR AL QUE POSTULA (EESS):
4.	NRO FOLIOS: FECHA:
	CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITOS CAS N°004-2022-RSH CONTRATACIÓN DE PERSONAL BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, POR
	CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITOS CAS N°004-2022-RSH CONTRATACIÓN DE PERSONAL BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, POR REMPLAZO EN LAS PLAZAS VACANTES
5.	PERSONAL BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, POR
5.	PERSONAL BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, POR REMPLAZO EN LAS PLAZAS VACANTES
 6. 	PERSONAL BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, POR REMPLAZO EN LAS PLAZAS VACANTES APELLIDOS Y NOMBRES DEL POSTULANTE:
	PERSONAL BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057, POR REMPLAZO EN LAS PLAZAS VACANTES APELLIDOS Y NOMBRES DEL POSTULANTE:

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO Unidad Ejecutora 405 - Red de Salud Huamalíes "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



ANEXO Nº 01

SOLICITUD DE INSCRIPCION

SOLICITO: INSCRIPCIÓN AL PROCESO EN EL CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITOS CAS N°004-2022-RSH -Contratación de Personal bajo el Régimen del Decreto Legislativo N° 1057.

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DEL PROCESO DE CONCURSO PUBLICO DE MERITOS CAS Nº 004-2022-RSH, BAJO EL RÉGIMEN LABORAL DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057 DE LA RED DE SALUD HUAMALIES.

	, R	RUC 	N°	y expongo:	•••••	У	con	do		DNI legal on el del	Nº en oido
brindar el se Plaza de:	rvicio de stancia c	e (indi	car e	l Concurso Púl l cargo al que p go conocimien proceso.	oostula) solicito que	se	me ac	dmita	a como	, e postula	n la nte;
proporciona fedatario de después de h	informa la Red d aber adj	ación de Salı judica	vera ud en do) y	mento que los z (debiendo p caso salgo gal que no me enci l D.S. Nº 015-20	oresentar m nador de ur uentro incur	ni cu na pl	urrícul aza er	o vi n un	tae leg plazo d	alizado e cinco	por días
			÷	Llata	, do	e				del 2	022
		FI	IRMA		HUE	LLA					

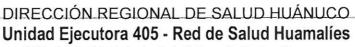
DIGITAL

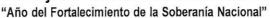
DNI:

SHA

4

Hanny -







ANEXO Nº 02

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER NINGÚN IMPEDIMENTO LEGAL PARA TRABAJAR EN EL SECTOR PÚBLICO

	, RUC	N°	у	con dor	con micilio , con	DNI Nº legal en el debido
		eclaro bajo juramento				
 No tengo No tengo Tengo ev No tengo No tengo No tengo 	con los requ la prohibio anteceder raluación sa procesos a registro er	uisitos para el cargo a ción de permanencia ntes policiales, penale tisfactoria de compo ndministrativos en otr n Deudores Alimentar	en la plaza actu s y/o judiciales rtamiento labor ras instituciones	al por contr rals s en los últir	ato mos 05 a	ños
1. funcionario d *En caso de s Nombre de la	TENER e confianza er afirmativ persona re	corresponda: parentesco, vínculo r o directivo, asesor o vo, indicar: lacionada:	miembro de la	comisión de	el concur	rso.
2. régimen labo *En caso de s	ral al que po er afirmati					
Fecha de In	icio:	Fecha de disciplinario:	Término:	1	Especific	ar sanción
se pudieran d los datos con	erivar, a se signados o	normatividad vigente, r descalificado en cas documentación prese le la institución consid	o de ganar una entada sean fals	plaza y en c sos, siendo p	aso que	algunos de
		L	lata, de	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	···········	del 2022
		FIRMA DNI:	HUELL DIGITA			

UH

eful

A france of

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO Unidad Ejecutora 405 - Red de Salud Huamalíes



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ANEXO Nº 03

BONIFICACIONES DE LEY

Yo	, RUC	N°		y con	domi	gal en
respeto me p	resento y ex	xpongo:				
Contestar SI	o NO según	corresponda:				
1. BO	NIFICACION	A PERSONAS CON DI	SCAPACIDA	AD:		
		tificado de discapacid a con Discapacidad (C				
2. BO	NIFICACION	DEL PERSONAL DE LA	AS FUERZAS	ARMAD	AS.	
CONT.	AR con certi de licenciad	ficación y registro emi lo de las fuerzas arma e la Presidencia Ejecut	tido por la a das, de cor	utoridad nformida	compet d con lo	
			Llata,	de		 del 2022
		FIRMA DNI:	(15)5070	ELLA GITAL		

940

Haunt







ANEXO Nº 04

CURRICULUM VITAE

(Llenado con letra imprenta Legible)

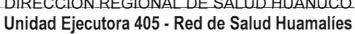
LUGAF	R DEL PUESTO O CENTRO DE SALUD	QUE POSTULA:
I. DA	TOS PERSONALES	
	APELIDO PATERNO	
	APELLIDO MATERNO	
	NOMBRES	
	FECHA DE NACIMIENTO	
	DNI	
	RUC	
	DOMICILIO LEGAL (indicar distrito y provincia)	
	TELEFONO	
>	CELULAR (indicar, RPM, RPC, etc)	
	EMAIL	
	COLEGIO PROFESIONAL	
	COLEGIATURA №	
	Nº RESOLUCION DE SERUMS	
	PERIODO DE SERUMS	

Jing Jing

CARGO AL QUE POSTULA: __

A Count







"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

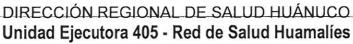
II. ESTUDIOS REALIZADOS

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los diplomas correspondiente título profesional, título de técnico o bachiller (fotocopias simples)

Νō	Título*	Especialidad	Fecha de Título** (mes/año)	Universidad	Folio
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11				1	
12					
13					
14					
15					

Uhp

Hand





"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

III. EXPERIENCIA DE TRABAJO

a) EXPERIENCIA

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, solo los datos que son requeridos en cada una de las áreas y/o especialidad profesional que serán calificados. Colocar su experiencia solo posterior a la obtención del título profesional (no se considerará experiencia laboral antes del título profesional) En el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad mencionar cuales y completar los datos respectivos (OBLIGATORIO: Colocar experiencia acumulada)

ni exp	eriericia profesio	nal acumulada es de: _	^	03 y 11		1
Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo Desempeñado según su constancia o contrato	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de Culminación (Mes/Año)	Tiempo en el cargo	Folio
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

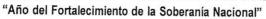
Orgo

H Jum !



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO

Unidad Ejecutora 405 - Red de Salud Huamalíes





VI.

CAPACITACION

La capacitación deberá estar relacionada al cargo al que postula y a los términos de referencia. La información proporcionada en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar las copias de las respectivas constancias, certificados u otros que acrediten la capacitación (fotocopias simples)

Nο	Denominación del diploma, curso, taller, seminarios u otros	Universidad	Fecha de expedición (mes/año)	Horas acredi- tadas	Folio
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
9					
10					
11	1				
12					
13					
14					
15					

CLAP

elas

- ✓ Declaro que solo podre ser evaluado en base a la información que expongo en el presente formulario, que poseo los originales de las copias fotostáticas presentadas comprometiéndome a legalizar y/o fedatear en caso salgo ganador.
- Declaro que la información proporcionada es veraz y en caso necesario autorizo investigación.
- ✓ De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa, acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de aplicarse las sanciones legales que me correspondan.

Llata, de 2022

FIRMA	HUELLA
DNI:	DIGITAL

Marund