## RÓTULO

|  |
| --- |
| Señores:COMITÉ EVALUADOR DEL CONCURSO PÚBLICO POR REEMPLAZO D.L.276 N°001-2024-RED-DE-SALUD/CAJABAMBA**.**Presente. - NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CODIGO DE PLAZA (AIRHSP): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CARGO A POSTULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NÚMERO DE CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ANEXO N°01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**SOLICITO:** PARTICIPAR EN EL CONCURSO PÚBLICO POR REEMPLAZO D.L.276

N°001-2024-RED-DE-SALUD/CAJABAMBA

**SEÑOR(A) PRESIDENTE(A) DEL COMITÉ EVALUADOR**

**CONCURSO PÚBLICO POR REEMPLAZO D.L.276 N°001-2024-RED-DE-SALUD/CAJABAMBA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ante usted con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que, deseando postular, en el CONCURSO PÚBLICO POR REEMPLAZO D.L.276 N°001-2024-RED-DE-SALUD/CAJABAMBA, para cobertura de plazas y siendo de mi conocimiento y aceptación de las Bases del referido concurso, solicito a su despacho disponer que se me registre e inscriba como postulante en el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, código de AIRHSP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por lo que solicito se me considere a participar en presente concurso público, convocado por la Red de Salud Cajabamba.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Cajabamba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024.

………………………………………………

 Firma Huella digital

**ANEXO N°02**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**DATOS PERSONALES:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres  |   | Apellido Paterno |  | Apellido Materno |
|  |  |  |
|  **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**   |  |  |  |  |
| Lugar  |  | día  |  | mes  |  | año  |
|  |  |  |  |

 **ESTADO CIVIL:**

 **NACIONALIDAD**:

 **DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente)**: DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PASAPORTE Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES – RUC Nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una “x” el tipo):**

 Avenida/Calle/Jirón/Otro Nº Dpto. / Int.

 **URBANIZACIÓN:**

 **DISTRITO:**

 **PROVINCIA:**

 **DEPARTAMENTO:**

 **TELÉFONO:**

 **CELULAR:**

 **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **COLEGIO PROFESIONAL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **REGISTRO N°**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ NO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

 **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SÍ NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

 **ESTUDIOS REALIZADOS**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **TÍTULO O** **GRADO**   |   **CENTRO DE**  **ESTUDIOS**   |  **ESPECIALIDAD**   | **FECHA DE** **EXPEDICIÓN** **DEL TÍTULO**   |  **CIUDAD /** **PAÍS**   |  **Nº**  **FOLIO** |
| **(Mes /** **Año)**   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **N°**   | **NOMBRE DEL**   **CURSO Y/O**  **ESTUDIOS DE**  **ESPECIALIZACIÓN**   |  **CENTRO DE ESTUDIOS**   |  **FECHA**  **INICIO**   |  **FECHA**  **FIN**   |  **CIUDAD** **PAÍS**   |    **Nº**  **FOLIO**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

1. **EXPERIENCIA LABORAL**

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SÓLO LOS

DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

* 1. **Experiencia laboral general de \_\_\_\_\_\_ años/\_\_\_\_\_\_meses** (comenzar por la más reciente). Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Nº  |   | Nombre de la  Entidad o Empresa  | Cargo  desempeñado  | Fecha de Inicio (mes/año)  | Fecha de culminación  (mes/año)  | Tiempo en el cargo  | Nº FOLIO  |
| 1  |   |  |  |  |  |  |  |
|  ● **Actividades realizadas:**   |
| 2  |   |  |  |  |  |  |  |
|  ● **Actividades realizadas:**  |
| 3  |   |  |  |  |  |  |  |
|  ● **Actividades realizadas:**   |
|  4  |   |  |  |  |  |  |  |
|  ● **Actividades realizadas:**   |
| 5  |   |  |  |  |  |  |  |
|  ● **Actividades realizadas:**   |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

* 1. **Experiencia en el área o afines \_\_\_\_\_ años/\_\_\_\_\_meses (**comenzar por la más reciente). Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Nº  |   | Nombre de la  Entidad o Empresa  | Cargo  desempeñado  | Fecha de Inicio (mes/año)  | Fecha de culminación  (mes/año)  | Tiempo en el cargo  | Nº FOLIO  |
| 1  |   |  |  |  |  |  |  |
|  ● **Actividades realizadas:**  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará sólo el periodo cronológico de mayor duración.**

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

 **APELLIDOS Y NOMBRES:**

 **DNI:**

 Cajabamba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024.

 Huella Digital

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

 **Firma**

**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, ……………………………………………………….…………………………………...…. identificada/o con D.N.I. N° …………………………., con correo electrónico ……………..…………………………………………y domiciliada/o en ………………………………………………….………………...……….…, Distrito de ………..……………….., Provincia de ……………….….…, Departamento de …………......, declaro bajo juramento lo siguiente:

* No poseer vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad; con los funcionarios y servidores de la Institución y/o personal de confianza de la Red de Salud Cajabamba, que gocen o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de Ascenso y Reasignación. **De ser afirmativo señale nombre y apellido, parentesco y cargo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* No contar con antecedentes Penales, Policiales, ni judiciales.
* No haber sido sancionado por falta de carácter disciplinario en el último año, ni en ningún tipo de proceso disciplinario.
* Gozar de buena salud física y mental.
* No estar inscrita/o en el “Registro de Deudores Alimentarios Morosos” – REDAM (Ley N° 28970).
* No estar inscrita/o en el “Registro de Deudores de Reparaciones Civiles” – REDERECI (Ley N° 30353).
* No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional.
* No encontrarme con inhabilitación vigente en el Registro Nacional de Sanciones de destitución y despido - RNSDD.
* Que la información detallada en mi **ficha de inscripción** (Anexo N° 01), demás documentos que adjunto en mi registro de postulación, son verdaderos, comprometiéndome a presentar los documentos originales que acrediten la información, en caso que resulte ganador.

En ese sentido, firmo la presente declaración acogiéndome a la presunción de veracidad establecida en el Art. IV del Título Preliminar y el artículo 49 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, expresando, asimismo, conocer las consecuencias de orden administrativo, civil y penal, en caso de falsedad de esta declaración, conforme lo regula el numeral 33.3 del artículo 33° de la citada norma.

Cajabamba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024.

………………………………………………

 Firma Huella digital