**ANEXO N°01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** PARA POSTULAR AL CONCURSO PÚBLICO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (TRANSITORIA / TEMPORAL), BAJO EL RÉGIMEN LABORAL DECRETO LEGISLATIVO N°1057 (D.S. N°049-2022-EF, Ley N°31538, Ley N°31638) - **CAS N°002-2025-RED-DE-SALUD/CAJABAMBA**

**SOLICITO:** PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SELECCIÓN CAS N°002-2025-RED-DE-SALUD/CAJABAMBA

**SEÑOR(A) PRESIDENTE(A) DE LA COMISIÓN EVALUADORA**

**CAS N°002-2025-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, PARA LA CONCURSO PÚBLICO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (TRANSITORIA / TEMPORAL), BAJO EL RÉGIMEN LABORAL DECRETO LEGISLATIVO N°1057 (D.S. N°049-2022-EF, Ley N°31538, Ley N°31638) - CAS N°002-2025-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 proceso de selección de personal, convocado por la Red de Salud Cajabamba.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Cajabamba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025.

………………………………………………

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.

1. **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025.

Huella Digital

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

**Firma**

**ANEXO N°03**

**DECLARACION JURADA DE NO TENER INHABILITACION VIGENTE SEGÚN RNSSC**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ postulante al CONCURSO PÚBLICO CAS N°002-2025-RED-DE-SALUD/CAJABAMBA, **DECLARO BAJO JURAMENTO,** no tener inhabilitación vigente para presentar servicios al Estado, conforme el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles – RNSSC (\*)

Cajabamba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025.

………………………………………………

Firma Huella digital

\*(Decreto Legislativo 1295 que modifica el artículo 242 de la Ley N° 27444 ley de Procedimiento Administrativo General y establece las disposiciones para garantizar la integridad de la administración pública)

**ANEXO N°04**

**DECLARACION JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ postulante al CONCURSO PÚBLICO CAS N°002-2025- RED-DE-SALUD/CAJABAMBA, **DECLARO BAJO JURAMENTO,** no tener deudas por concepto de alimentos ya sea por obligaciones alimentarias en sentencia o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio en calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que amerite la inscripción del suscrito en el registro de deudores alimentarios creado por la Ley N°28970.

Cajabamba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025.

………………………………………………

Firma Huella Digital

**ANEXO N°05**

**DECLARACION JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTÍSMO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ postulante al CONCURSO PÚBLICO CAS N°002-2025- RED-DE-SALUD/CAJABAMBA **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

**NO,** tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios o directivos de la entidad, personal de la Unidad Orgánica a la que corresponde el puesto al cual postulo, la Oficina de Recursos Humanos o la que hace sus veces, la Oficina de Administración y/o la Alta Dirección de la entidad.

**SÍ,** tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios o directivos de la entidad, personal de la Unidad Orgánica a la que corresponde el puesto al cual postulo, la Oficina de Recursos Humanos o la que hace sus veces, la Oficina de Administración y/o la Alta Dirección de la entidad.

En caso el postulante marque la segunda alternativa, señale lo siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| * El nombre de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad. |  |
| * Cargo que ocupa la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad. |  |
| * El grado de parentesco con la persona hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o si es cónyuge, conviviente o unión de hecho. |  |

Doy fe de lo declarado, cumpliendo con firmar la Declaración Jurada.

Cajabamba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025.

………………………………………………

Firma Huella Digital

**ANEXO N°06**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES**

**NI JUDICIALES**

Yo……………………………...………………………………….… (Nombres y Apellidos), identificado (a) con DNI N°……………….....…………, estado civil …....………..………… con domicilio en ………………………………………………………..……………- Distrito ……………….……………… - Provincia ………………………………. - departamento ………..………………………, postulante al CONCURSO PÚBLICO CAS N°002-2025- RED-DE-SALUD/CAJABAMBA, declaro bajo juramento lo siguiente:

**DECLARO BAJO JURAMENTO:** (Por favor indicar SI **o** NOen el recuadro que corresponde, **no** marcar con un aspa o en forma de cruz o cualquier otro símbolo).

Tener antecedentes Penales.

Tener antecedentes Judiciales.

Tener antecedentes Policiales.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome, de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Cajabamba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025.

………………………………………………

Firma Huella Digital