

FORMULARIO N° 1

DECLARACIÓN JURADA

La (el) que suscribe, identificada con DNI N°.....,
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 alimentarias 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 N° 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 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

91

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2022


¹ Ley N° 29607, de fecha 22 de Octubre del 2010.



FORMULARIO N° 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 N° 27444 – Ley
 del Procedimiento Administrativo General.

_____ Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2022

[Handwritten signatures and marks on the left margin]



FORMULARIO N° 3

DECLARACIÓN JURADA

El/La que suscribe _____ identificado(a) con DNI N° _____, con RUC N° _____, domiciliado en _____, contratado/nombrado con Resolución/ Contrato Nro. _____ bajo el cargo de _____ declarar bajo juramento:

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

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2022

ANEXO N° 4

DECLARACIÓN JURADA REGIMENES PREVISIONALES

LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:

El/La que suscribe _____ identificado(a) con DNI N° _____, con RUC N° _____, domiciliado en _____, declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún régimen público o privado (Decreto Legislativo N° 20530 – Decreto Legislativo N° 19990 o AFP).

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2022.

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 N° :

Domicilio:

Firma

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2022



FORMULARIO 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 2022

Firma



FORMULARIO N° 6

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo _____ identificado(a) con DNI N° _____,
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 N° 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 N° 27588 y su Reglamento aprobado por el D.S N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiere lugar.

San Vicente de Cañete, _____ de _____ del 2022.

Firma



FORMULARIO 7
FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE

N° DE CONVOCATORIA

I. DATOS PERSONALES.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

<i>Lugar</i>	<i>día/mes/año</i>
--------------	--------------------

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°: _____

Handwritten signature



II. 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.

III. 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.

IV. FORMACIÓN ACADÉMICA

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)

Handwritten signatures and initials on the left margin.



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 CRONOLÓGICO.** **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: Pública (), 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: Pública (), 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: Pública (), 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: Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otros ()				

Se podrá agregar otro cuadro si es necesario.

VII. 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 2022

Firma del Postulante

DNI N°

91

Mo



Señores:

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

Convocatoria CAS N° 001-2022-HRC

Apellidos y Nombres:

DNI y/o Carnet de Extranjería:

Código del Puesto ITEM:

Cargo al que postula:

Departamento:.....

Especialidad:

E-MAIL:

Celular:

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]