

"Año de la Universalización de la Salud"

## FORMATO N° 01

**SEÑORES:**

**COMISIÓN DE PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL CAS DE LA RED DE SALUD CHANCHAMAYO.**

**PROCESO DE CONTRATACIÓN CAS N° 01-2020-GRJ-DRSJ-RSCH-RECA**

**PLAZA DE LA CONVOCATORIA:** \_\_\_\_\_

**CÓDIGO DE PLAZA** : \_\_\_\_\_

**APELLIDOS** : \_\_\_\_\_

**NOMBRES** : \_\_\_\_\_

**DNI** : \_\_\_\_\_

**N° DE FOLIOS : (\_\_\_\_\_) LETRAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO N° 01**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**I. DATOS PERSONALES:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Departamento Provincia Distrito Día Mes Año

**ESTADO CIVIL :** \_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD :** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente):** \_\_\_\_\_

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES – RUC N°** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA:**

\_\_\_\_\_

**DISTRITO :** \_\_\_\_\_

**PROVINCIA :** \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO :** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO :** \_\_\_\_\_

**CELULAR :** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

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

**REGISTRO N°:** \_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD:** SI ☐ NO ☐

N° \_\_\_\_\_

*(Si la respuesta es afirmativa, indicar el N° de inscripción en el Registro Nacional de las Personas con Discapacidad.)*

**LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:** SI ☐ NO ☐

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

**II. ESTUDIOS REALIZADOS:**

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

**"Año de la Universalización de la Salud"**

| TITULO O GRADO                                       | CENTRO DE ESTUDIOS | ESPECIALIDAD | FECHA DE EXPEDICION DEL TITULO | CIUDAD / PAIS | N° FOLIO |
|--|--------------------|--------------|--------------------------------|---------------|----------|
|  |                    |              | (Mes / Año)                    |               |          |
| DOCTORADO  |                    |              |                                |               |          |
| MAESTRÍA   |                    |              |                                |               |          |
| POSTGRADO  |                    |              |                                |               |          |
| DIPLOMADO  |                    |              |                                |               |          |
| TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO           |                    |              |                                |               |          |
| BACHILLER / EGRESADO                                 |                    |              |                                |               |          |
| ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros) |                    |              |                                |               |          |

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

| N° | NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN | CENTRO DE ESTUDIOS | FECHA INICIO | FECHA FIN | FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO | CIUDAD /PAÍS | N° FOLIO |
|----|--|--------------------|--------------|-----------|--------------------------------|--------------|----------|
| 1  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 2  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 3  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 4  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 5  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 6  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 7  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 8  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 9  |  |                    |              |           |                                |              |          |
| 10 |  |                    |              |           |                                |              |          |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

**IV. EXPERIENCIA LABORAL:**

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SOLO 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.

**"Año de la Universalización de la Salud"**

**a) Experiencia laboral general de.....(comenzar por la más reciente)**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes.

| N°  | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo Desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de Culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | N° de Folio |
|---|--------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------|
| 1   |                                |                   |                           |                                |                    |             |
| <u>Descripción del trabajo realizado:</u> |                                |                   |                           |                                |                    |             |
| 2   |                                |                   |                           |                                |                    |             |
| <u>Descripción del trabajo realizado:</u> |                                |                   |                           |                                |                    |             |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**b) Experiencia en el sector público de.....(comenzar por la más reciente).** Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes.

| N°  | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo Desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de Culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | N° de Folio |
|---|--------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------|
| 1   |                                |                   |                           |                                |                    |             |
| <u>Descripción del trabajo realizado:</u> |                                |                   |                           |                                |                    |             |
| 2   |                                |                   |                           |                                |                    |             |
| <u>Descripción del trabajo realizado:</u> |                                |                   |                           |                                |                    |             |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

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

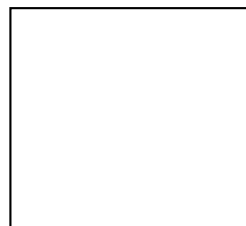
Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

**APELLIDOS Y NOMBRES :**

**DNI :**

**FECHA :**

-----  
**FIRMA**



**HUELLA DIGITAL**

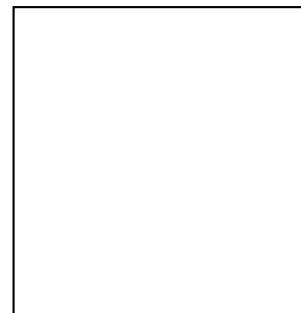
"Año de la Universalización de la Salud"

## ANEXO N° 02

### **DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDOS - RNSDD**

Por la presente, Yo ....., identificado/a con DNI N° ....., declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al **REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD (\*)**.

Lugar y fecha, .....



**HUELLA DIGITAL**

.....  
**FIRMA**

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **"Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD"**. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

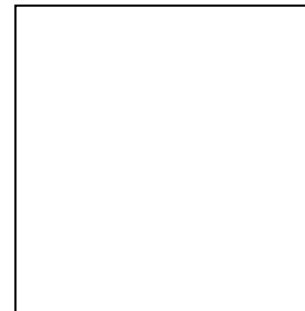
"Año de la Universalización de la Salud"

### ANEXO N° 03

#### DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Por la presente, Yo ....., identificado/a con DNI N° ....., declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por **Ley N° 28970**.

Lugar y fecha, .....



**HUELLA DIGITAL**

.....

**FIRMA**

"Año de la Universalización de la Salud"

## ANEXO N° 04

### **DECLARACIÓN JURADA (D.S. N° 034-2005-PCM – NEPOTISMO)**

Conste por el presentado que el (la) señor(a) .....  
Identificado(a) con D.N.I. N°....., domiciliado en .....  
en el Distrito de....., Provincia de.....Departamento de.....  
**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA "X", según corresponda):**

☐

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO I SOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), DE NOMBRE(S).

.....  
.....  
.....

Quien (es) laboran en esta entidad, con el (los) cargo (s) y en la Dependencia (s):

.....  
.....  
.....

☐

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO I SOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), que laboren en esta entidad.

Lugar y fecha, .....



**HUELLA DIGITAL**

.....

**FIRMA**

"Año de la Universalización de la Salud"

## ANEXO N° 05

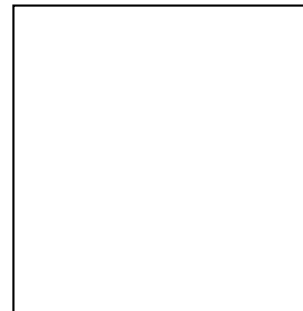
### DECLARACIÓN JURADA

(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

Yo,..... Identificado(a) con D.N.I.  
N°....., domiciliado en..... en el Distrito  
de....., Provincia de.....Departamento de....., declaro bajo  
juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud.

Lugar y fecha, .....



**HUELLA DIGITAL**

.....

**FIRMA**