



**ANEXO 01
DECLARACION JURADA**

El/La que suscribe _____
Identificado/a con DNI N° _____, con estado civil _____
con domicilio en _____, natural del
distrito de _____, provincia _____, departamento de _____

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No tener proceso pendiente ni haber sido sancionado con cese, destitución o despido, por falta administrativa disciplinaria o proceso de determinación de responsabilidades administrativas, así como no haber sido despedido debido al desempeño negligente o insuficiente del ejercicio de mis funciones (De haberlo sido: deberá adjuntar la documentación que acredite su rehabilitación)
- No estar comprendido dentro de los impedimentos de la Ley 28175, es decir no recibir otra remuneración, retribución, emolumento o cualquier otro tipo de ingreso de Institución Pública.
- No tener inhabilitación administrativa o judicial, para celebrar Contratos Administrativos de Servicios o ejercer cargo en Entidades del Estado.
- No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD.
- No estar incurso en caso de Nepotismo, por tanto no tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los miembros de la comisión del Hospital ACR, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección, según el marco de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, modificado por el Decreto Supremo N° 034-2005-PCM.
- No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
- No tener antecedentes policiales, penales y/o judiciales.
- No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos.
- Conocer las bases del proceso de selección y someterme a ellas.
- Tener disponibilidad inmediata a la fecha prevista para la suscripción del contrato administrativo de servicios con el Hospital ACR, convocante del presente proceso de contratación.
- Tener buena salud física y mental.
- Que soy responsable de la veracidad de todos los documentos e información que presento a efectos del proceso.
- Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe falsedad alguna en mi participación en el presente proceso, me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal.

Sicuaní ____ de _____ del 2020

FIRMA Y DNI DEL DECLARANTE

Art. 32°-Ley 27444. En caso de comprobarse fraude, falsedad en la declaración o información presentada por el administrado, la entidad considerará no satisfecha la exigencia para todos sus efectos procediendo a comunicar el hecho para que se declare la nulidad del acto administrativo, imponga a quien haya empleado dicha declaración una multa, y de ser el caso comunicar al hecho al Ministerio Público para la denuncia correspondiente.



Lic. Lucía Rojas Chura
C.E.P. 18086



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
COMISION DEL PROCESO DE SELECCIÓN DEL PERSONAL, POR LA MODALIDAD
CAS-DL. 1057-2020

ANEXO N° 02

SOLICITUD DEL POSTULANTE

SOLICITO: INSCRIPCION DEL PROCESO DE SELECCION DEL PERSONAL POR LA MODALIDAD CAS

SR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE PROCESOS DE EVALUACION INTERNA DE PERSONAL CAS DE LA UE-409-HACRS

Yo: _____, Identificado (a) con DNI N° _____, y domiciliado en _____ ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, enterado (a) de los requisitos y condiciones que establece la Comisión de Selección de personal CAS para el HACR, publicada en la sede Institucional, solicito a Usted mi inscripción y considerarme **COMO POSTULANTE** para el Cargo de: _____, para lo cual adjunto mi expediente sustentado con los requisitos que consta de: _____ Folios.

POR LO TANTO:

Solicito a usted aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

Sicuani, ____ de _____ del 2020

Firma del Solicitante

DNI N° _____

RUC N° _____

Teléfono _____



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
COMISION DEL PROCESO DE SELECCION DEL PERSONAL, POR LA MODALIDAD
CAS-DL. 1057-2020

14

ANEXO N° 03

REQUISITOS GENERALES PARA POSTULAR

- 1) Solicitud Dirigida a la Comisión (ANEXO N°02)
- 2) Copia del DNI Ampliado en A4.
- 3) Copia del Título Profesional/Técnico
- 4) Curriculum Vitae de acuerdo al orden registrado en el **FORMATO N° 01**
 - Hoja Resumen (FORMATO N° 01)
 - Copia simple de los contratos de trabajo en instituciones, con las fechas resaltadas (NO DUPLICAR CONTRATOS).
 - Copia simple de los certificados de cursos, capacitaciones, diplomados a partir del 2016.
 - Copia simple de resoluciones, cartas u otro documento de reconocimiento o felicitación.
- 5) Contar con RUC activo y habido, mediante un documento emitido por la SUNAT (<http://www.sunat.gob.pe/cl-ti-itmrconsruc/jcrS00Alias>)
- 6) *Presentar Constancia de Suspensión de Renta de Cuarta emitido por la SUNAT*
- 7) Declaración jurada según (ANEXO N° 01).