**FORMULARIO No.01**

**Señor**:

**DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO” DE HUANUCO**.

**Atención**:

COMISION EVALUADORA DEL CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITO PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL - CAS REEMPLAZO No.003-2024 - D.LEG.No.1057 (CAS).

Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco.

Presente. -

**CONTRATACION DE PERSONAL - CAS REEMPLAZO No.003-2024-HRHVM-HCO**

NOMBRES Y APELLIDOS: ………………………………………………………………………………………….

DNI No. …………………………………………… No. CELULAR: ……………………………………………….

DOMICILIO: ……………………………………………………………………………………………………………

CARGO A POSTULAR: ………………………………………ITEM ………………. REG. AIRHSP ……………

UNIDAD ORGANICA: ………………………………………………………………………………………….……..

GRUPO OCUPACIONAL:

• PROFESIONALES DE LA SALUD ( ) • TECNICOS ASISTENCIALES ( ) • AUXILIARES ASISTENCIALES ( )

• ESTADISTICA E INFORMATICA ( ) • SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO ( )

**FICHA RESUMEN DE CURRICULUM VITAE**

**No. DE CONVOCATORIA: PLAZA QUE POSTULA:**

1. **DATOS PERSONALES:**

Apellido Materno

Apellido Paterno

Nombres

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

Lugar

día / mes / año

**NACIONALIDAD:**

**ESTADO CIVIL:**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

**RUC:**

**No. BREVETE: (SI APLICA):**

**DIRECCIÓN:**

**CIUDAD:**

**DISTRITO:**

**TELEFONO FIJO: CELULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**COLEGIO PROFESIONAL (SI APLICA):**

**No. DE REGISTRO: HABILITACIÓN: SI NO**

**LUGAR DE REGISTRO:**

**SERUMS (SI APLICA): SI NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

**SECIGRA (SI APLICA):** SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD:**

El/la postulante es discapacitado/a:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS o el Certificado de Discapacidad otorgado por las instituciones que señala la Ley No.29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad, en el cual acredite su condición.

1. **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:**

El/la postulante es licenciado/a de las fuerzas armadas:

SI NO

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

1. **DEPORTISTA DE ALTO NIVEL:**

El/la postulante es Deportista de alto Nivel:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de deportista de alto nivel.

1. **FORMACION ACADEMICA:**

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual postula).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel alcanzado (1) Título (1)** | **Nombre de la Profesión/Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad/ País** | **Estudios realizados desde / hasta (mes/año)** | **Fecha de extensión del Título (2) (DD/MM/aaaa)** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Título Universitario |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Egresado de estudios Universitarios |  |  |  |  |  |
| Titulo Técnico |  |  |  |  |  |
| Egresado de estudios Técnicos |  |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |  |

Nota:

1. Dejar en blanco aquellos que no apliquen.
2. Si no tiene Título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios

(**OBLIGATORIO**).

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otro tipo de estudios** | **Nombre de la Especialidad o curso u otros.** | **Institución/Universidad, o centro de estudios** | **Ciudad/ País** | **Estudios realizados desde / hasta (mes/año)**  **(Total horas)** | **Fecha de extensión del Título, Constancia o Certificado (mes/año)** |
| Segunda Especialización. |  |  |  |  |  |
| Post Grado o Especialización. |  |  |  |  |  |
| Post Grado o Especialización. |  |  |  |  |  |
| Post Grado o Especialización. |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o Capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o Capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o Capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o Capacitación |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |

ESPECIFICAR IDIOMA O DIALECTO ESTUDIADO:

Idioma 1: Idioma 2:

Nivel Nivel

Idioma 1: Idioma 2:

1. **EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico, incluido las prácticas preprofesionales y prácticas profesionales:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo (Puesto) y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/año)** | **Fecha de culminación (días/mes/año)** | **Tiempo en el cargo (años/meses/días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **No.** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo (Puesto) y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/año)** | **Fecha de culminación (días/mes/año)** | **Tiempo en el cargo (años/meses/días)** |
| 2 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **No.** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo (Puesto) y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/año)** | **Fecha de culminación (días/mes/año)** | **Tiempo en el cargo (años/meses/días)** |
| 3 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **No.** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo (Puesto) y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/año)** | **Fecha de culminación (días/mes/año)** | **Tiempo en el cargo (años/meses/días)** |
| 4 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **No.** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo (Puesto) y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/año)** | **Fecha de culminación (días/mes/año)** | **Tiempo en el cargo (años/meses/días)** |
| 5 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

**Nota**: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Experiencia**  **(Registrar el tiempo total de experiencia general y específica)** | | **Tiempo Total**  **(años, mes, días)** |
| Experiencia Laboral General | En el Sector Público: |  |
| **En total (Sector Público y/o Privado)** |  |
| Experiencia Laboral Específica | En el Sector Público: |  |
| **En total (Sector Público y/o Privado)** |  |

**Nota**: Considerar desde egresado y según el detalle de lo registrado en el detalle de la experiencia laboral y/o profesional.

**ASIMISMO, DECLARO QUE TENGO LOS CONOCIMIENTOS PARA EL PUESTO Y/O CARGO, SEGÚN BASES DEL PRESENTE PROCESO CAS:**

Marcar con un aspa según corresponda:

**SI NO**

1. **REFERENCIAS LABORALES:**

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre de la entidad o empresa** | **Cargo de la referencia** | **Nombre del Jefe/a Inmediato o persona que refiere** | **Teléfono actual** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Huánuco, ….…… de …………… de 2024.

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

Firma

Nombres y Apellidos:

**ANEXO No.01**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE**

**Señor**:

**DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO” DE HUÁNUCO.**

**Atención:**

**COMISION EVALUADORA DEL CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITO PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL - CAS REEMPLAZO No.003-2024 - D.LEG.No.1057 (CAS).**

**Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco.**

Presente. –

Yo, …………………………………………………………………… identificado/a con DNI No. ……..………., con domicilio en ……………………………………………………………………...., mediante la presente, le **SOLICITO** se me considere para participar en el **Proceso CAS REEMPLAZO No.003-2024-HRHVM-HCO**, convocado por el Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano”, a fin de acceder al servicio cuya denominación es: ……………………………………………….., en el Departamento, Servicio o Unidad ………………………………..............

Para lo cual **DECLARO BAJO JURAMENTO** que **CUMPLO** íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado y que adjunto a la presente copia de DNI y Declaraciones Juradas de acuerdo a los Anexos No.02 (A, B, C, D y E).

Huánuco, …….. de …………….. de 2024.

………………………………………………….

(FIRMA DEL POSTULANTE)

Huella digital

1. Indicar marcando con un aspa (x) su condición de Discapacidad:

Adjunta Certificado de Discapacidad: (SI) (NO)

**Tipo de Discapacidad**:

Física ( )

Auditiva ( )

Visual ( )

1. Resolución Presidencial Ejecutiva No.61-2010-SERVIR/PE, indicar marcando con un aspa (x):

Licenciado de las Fuerzas Armadas: (SI) (NO)

**ANEXO No.02**

**DECLARACION JURADA**

El/la que suscribe: ……………………………………………………………………………………….…………………..., identificado/a con DNI No. .………………………………., domiciliado/a en ……………………………………….………………………………...……………………

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

* No registrar Antecedentes Penales[[1]](#footnote-1), Policiales, ni Judiciales.
* Gozar de buena salud física y mental.
* Encontrarme habilitado para contratar con el Estado.
* No registrar Sentencias condenatorias consentidas y/o ejecutoriadas por alguno de los siguientes delitos:

1. Delito de Tráfico Ilícito de Drogas (artículos 296, 296-A primer, segundo y cuarto párrafo; 296- B, 297); Delitos de Concusión (artículos 382, 383, 384); Delitos de Peculado (artículos 387, 388, 389); Delitos de Corrupción de Funcionarios (artículos 393, 393-A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 y 401 del Código Penal).
2. Delito de Financiamiento de Terrorismo, establecido en el artículo 4-A del Decreto Ley 25475 que establece la penalidad para los delitos de terrorismo y los procedimientos para la investigación, la instrucción y el juicio, con la finalidad de sancionar el delito de financiamiento del terrorismo.
3. Delitos previstos en el artículo 1, actos de conversión y transferencia; artículo 2, actos de ocultamiento y tenencia; y, artículo 3, transporte, traslado, ingreso o salida por territorio nacional de dinero o títulos valores de origen ilícito, contemplados en el Decreto Legislativo No.1106, Decreto Legislativo de lucha eficaz contra el lavado de activos y otros delitos relacionados a la minería ilegal y crimen organizado.
4. Delito de Apología al Terrorismo (artículo 316-A, del Código Penal).
5. Delito Contra la Libertad Sexual (artículo 108-B de la Ley 30076 que modifica el Código Penal, Código Procesal Penal, Código de Ejecución Penal y el Código de los Niños y Adolescentes y crea registros y protocolos con la finalidad de combatir la inseguridad ciudadana.).

* No contar con Sanción administrativa que acarree Inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles - RNSSC.
* No encontrarme inscrito en el Registro de Sanciones del Tribunal de Contrataciones del Estado (TCE).
* No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarías establecidas en sentencias o ejecutorias o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarías 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 Morosos - REDAM, creado por Ley No.28970.

Huánuco, …….. de …………………….. de 2024.

……………………………………………….

(FIRMA DEL POSTULANTE)

**ANEXO No.02-A**

**DECLARACION JURADA DE NO ENCONTRARME INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

**(REDAM) - REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDECERI) y REGISTRO DE DEUDORES JUDICIALES MOROSOS (REDJUM)**

Yo, …………………………………………………………………………………………………, identificado/a con DNI No. …………………….., con domicilio en: ………………………………………………………………………………………………………..,

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

1. **NO ME ENCONTRARME INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)** a que hace referencia la Ley No.28970 - Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo No.002-2007-JUS, el cual se encuentra a cargo y bajo la responsabilidad del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.
2. **NO ENCONTRARME INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDECERI)** y, por lo tanto, NO contar con ninguno de los impedimentos establecidos en el artículo 5° de la Ley No.30353[[2]](#footnote-2) -Ley que crea REDECERI- para acceder al ejercicio de la función pública y contratar con el Estado.
3. **NO ENCONTRARME INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES JUDICIALES MOROSOS (REDJUM)** de conformidad a lo dispuesto por Ley No.30201.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, concordante con el artículo 33° del Texto Único Ordenado (T.U.O) de la Ley No.27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo No.004-2019-JUS.

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

Huánuco, …….. de ……………….. de 2024.

………………………………………………….

(FIRMA DEL POSTULANTE)

**ANEXO No.02-B**

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE**

**INCOMPATIBILIDADES**

Yo, ………………………………………………………………, identificado/a con DNI No. ………………., con domicilio en: ………………………………………………………………………………………………….….

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que el/la suscrito/a, a la fecha **NO PERCIBE INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO, NI TENER ANTECEDENTES PENALES NI POLICIALES, NI TENER SENTENCIA CONDENATORIA O HABER SIDO SOMETIDO A PROCESOS DISCIPLINARIOS O SANCIONES ADMINISTRATIVAS** que me impidan laborar en el Estado.

Esta declaración se formula en aplicación al Principio de Veracidad establecido en el Artículo 42° de la Ley No.27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, concordante con el artículo 33° del Texto Único Ordenado (T.U.O) de la Ley No.27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo No.004-2019-JUS.

Huánuco, …….. de …………………….. de 2024.

………………………………………………….

(FIRMA DEL POSTULANTE)

Huella digital

**ANEXO No.02-C**

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**

**Señores**:

**HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO” DE HUANUCO.**

Presente. –

Por el presente documento, yo, …………………………………………………………………………………… identificado/a con DNI No. …………………...., con domicilio en ………………………….………………………………………………., en virtud a lo dispuesto en la Ley No.30294, Ley No.26771 modificada por Ley No.31299 y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo No.021-2000-PCM, y al amparo del numeral 1.7 del Artículo IV del Título Preliminar de la Ley No.27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que: *(marcar con x)*

(SI) (NO)

Cuento con parientes hasta el 4to grado de consanguinidad y 2do de afinidad, y/o cónyuge que a la fecha se encuentren prestando servicios en el Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco.

Sobre el particular consigno la siguiente información:

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL FUNCIONARIO O SERVIDOR EN ACTIVIDAD**:

1. ………………………………..…………………………………………………………………………………….…………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………….…………………..

GRADO DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD: ………………………………………………...……………………

PARENTESCO POR AFINIDAD: ……………………………………………………………………………..……………………….

OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS: ………………………………..……………………………………………………

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° y 438° del Código Penal, concordante con el artículo 33° del Texto Único Ordenado (T.U.O) de la Ley No.27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo No.004-2019-JUS.

Huánuco, …….. de …………………….. de 2024.

………………………………………………….

(FIRMA DEL POSTULANTE)

**ANEXO No.02-D**

**DECLARACION JURADA DE CONOCIMIENTO DEL CODIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PUBLICA**

Yo, ……………………………………………………………………….……………………., identificado/a con DNI No. …………………., con domicilio en: ……………………………………………………………………………………..….

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que **TENGO CONOCIMIENTO** de la siguiente normatividad:

* Ley No.27815 - Ley del Código de Ética del a Función Pública.
* Ley No.28496 - Ley que modifica el numeral 4.1 del artículo 4°, y el artículo 11° de la Ley No.27815.
* Decreto Supremo No.033-2005-PCM que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Asimismo, declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda circunstancia.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, concordante con el artículo 33° del Texto Único Ordenado (T.U.O) de la Ley No.27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo No.004-2019-JUS.

Huánuco, …….. de ……………………… de 2024.

………………………………………………….

(FIRMA DEL POSTULANTE)

Huella digital

**ANEXO No.02-E**

**DECLARACION JURADA DE BUENA SALUD**

Yo, …………………………………………………………………………….., identificado/a con DNI No. …………………, con domicilio en: ………………………………………………………………………………………...

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

( ) SI, GOZO DE BUENA SALUD, no sufriendo de comorbilidades que me impidan realizar las labores de manera presencial en el Departamento/Servicio/Unidad o área usuaria para la cual postulo.

( ) NO, GOZO DE BUENA SALUD, padeciendo a la fecha de comorbilidades que me impidan realizar las labores de manera presencial, en el Departamento/Servicio/Unidad o área usuaria para la cual postulo, siendo estas las siguientes:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, concordante con el artículo 33° del Texto Único Ordenado (T.U.O) de la Ley No.27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo No.004-2019-JUS.

Huánuco, …….. de ……………………. de 2024.

………………………………………………….

(FIRMA DEL POSTULANTE)

Huella digital

1. 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 34° del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley No.27444. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Artículo 5. Impedimento para acceder al ejercicio de la función pública y contratar con el Estado**.

   Las personas inscritas en el REDECERI están impedidas de ejercer función, cargo, empleo, contrato o comisión de cargo público, así como postular y acceder a cargos públicos que procedan de elección popular. Estos impedimentos subsisten hasta la cancelación integra de la reparación civil dispuesta.

   Lo dispuesto en el párrafo anterior es inaplicable a las personas condenadas por delitos perseguibles mediante el ejercicio privado de la acción penal. [↑](#footnote-ref-2)