

ANEXO N° 01

CONCURSO CAS 001 - 2019 - CAS -GRHCO -RSLP

NOMBRES Y APELLIDOS

--	--

CARGO AL QUE POSTULA

--

2019

ANEXO N° 02
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Señor Presidente de la Comisión de Concurso CAS de la Red de Salud Leoncio Prado
S.P.

Yo _____

con DNI N° _____, estado civil _____ y con domicilio legal
en _____, con el debido respeto me presento y usted y expongo:

Que, deseando participar en el concurso CAS 001-2019-CAS-GRHCO-RSLP, para
brindar el servicio de (indicar el cargo al que postula) _____, solicito que
se me admita como postulante; dejando constancia de que tengo conocimiento de
las bases del concurso a las cuales me someto para intervenir en este proceso.

Para tal efecto declaro bajo juramento que los documentos que se presentan en el
concurso proporciona información veraz y que no me encuentro incurso en ningún
de los impedimentos consignados en el artículo 4° del D.S. N°0075-2008-PCM (leer
pie de página)

Tingo María _____ de _____ del 2019

FIRMA

Nombres: _____

DNI _____

D.S. N°075-2008-PCM

Artículo 4: impedimentos para contratar y prohibición de doble percepción

- 4.1 No pueden celebrar contratos administrativos de servicios las personas con inhabilitación administrativa o judicial para contratar con el estado.
- 4.2 Están impedidos de ser contratados bajo régimen de contratos administrativos de servicios quienes tienen impedimento para ser postores o contratistas, expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
- 4.3 Están impedidos de percibir ingresos por contratos administrativo de servicios aquellas personas que perciben otros ingresos del estado, salvo que, en este último caso, dejen de percibir esos ingresos durante el período de contratación administrativa de servicios.
La prohibición no alcanza, cuando la contraprestación que percibe proviene de la actividad docente o por ser miembros únicamente de un órgano colegiado.

ANEXO N° 3

CONCURSO CAS 001-2019-CAS-GRHCO-RSLP

DECLARACION JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES Y JUDICIALES

Conste por el presente documento, la declaración jurada de no tener antecedentes penales y judiciales que formulo yo, _____ con DNIN° _____ domicilio en _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE NO TENGO ANTECEDENTES PENALES NI JUDICIALES

Tingo María _____ de _____ del 2019.

FIRMA

Nombres: _____

DNI N° _____

ANEXO N°4

CONCURSO CAS 001-2019-CAS-GRHCO-RSLP

DECLARACION JURADA DE INCOMPATIBILIDAD

Conste por el presente documento, la declaración jurada de parentesco que

Formulo yo,

_____ con DNI

N° _____ estado civil _____ y con domicilio legal en

_____, en Aplicación de la Ley

N°27588 y su Reglamento D.S. N° 019-2002-PCM.

DECLARO BAJO JURAMENTO

QUE NO me encuentro incurso dentro de los Impedimentos previstos en la Ley N° 27588 “Ley de Prohibiciones e Incompatibilidades de Funcionarios y servidores público, así como de las personas que prestan servicio al estado bajo cualquier modalidad.

Tingo María, _____ del 2019

Firma: _____

Nombres: _____

D.N.I. N° _____

ANEXO N°5

CONCURSO CAS 001-2019-CAS-GRHCO-RSLP

DECLARACION JURADA DE PARENTESCO

Conste por el presente documento, la declaración jurada de parentesco que formulo

yo, _____

con DNI N° _____ estado civil _____ y con

domicilio legal en _____,

en aplicación de la Ley N°26771 su Reglamento D.S. N° 021-2000-PCM.

DECLARO BAJO JURAMENTO
(Marca con una X según corresponda)

TENER: Relación de parentesco, vínculo matrimonial o unión de hecho con funcionarios, trabajadores o asesor de la Red de Salud Leoncio Prado que señalo a continuación: (indicar nombres y apellidos, grado de parentesco cargo o posición que ocupa) _____

NO TENER; Relación de parentesco, vínculo matrimonial o unión de hecho con funcionarios, trabajadores o asesor de la Red de Salud Leoncio Prado _____ ()

NO ESTAR: incurso en ninguna de las causales de nepotismo que regula la Ley N°26771 y su Reglamento D.S. N°021-2000-PCM _____ ()

Tingo María, _____ del 2019

Firma: _____

Nombres: _____

D.N.I. N° _____

ANEXO N°6

CONCURSO CAS 001-2019-CAS-GRHCO-RSLP

DECLARACION JURADA DE CONTAR CON BUENA SALUD

Conste por el presente documento, la declaración jurada de parentesco que

Formulo yo,

con DNI N° _____ estado civil _____ y

con domicilio legal en _____

DECLARO BAJO JURAMENTO

GOZAR de Buena Salud Física y Mental. En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en delito de falsa declaración en procesos en aplicación de la Ley N°27588 y su Reglamento D.S. N° 019-2002-PCM.

NO encontrarme incurso dentro de los Impedimentos previstos en la Ley N° 27588 “Ley de Prohibiciones e Incompatibilidades de Funcionarios y servidores público, así como de las personas que prestan servicio al estado bajo cualquier modalidad.

Tingo María, _____ del 2019

Firma: _____

Nombres:

D.N.I. N° _____

CURRICULUM VITAE

(Llenado con letra imprenta Legible)

CARGO AL QUE POSTULA:

No señalar el lugar del puesto o centro de salud.

CONCURSO CAS001-2019-CAS-GRHCO-RSLP

I. DATOS PERSONALES

APELIDO PATERNO	
APELLIDO MATRNO	
NOMBRES	
FECHA DE NACIIIMIENTO	
DNI	
RUC	
DOMICILIO LEGAL (indicar distrito y Provincia)	
TELEFONO	
CELULAR (indicar, RPM, RPC, etc)	
EMAIL	
COLEGIO PROFESIONAL	
COLEGIATURA N°	
RESOLUCION DE SERUMS	
PERIODO DE SERUMS	

II. ESTUDIOS REALIZADOS

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los diplomas correspondiente título profesional, título de técnico o bachiller (fotocopias Fedateadas y/o legalizados)

N°	Título*	Especialidad	Fecha de Título** (mes/año)	Universi dad	Folio del Documento que lo acredita
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

III. EXPERIENCIA DE TRABAJO

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, solo los datos que son requeridos en cada una de las áreas y/o especialidad profesional que serán calificados. En el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad mencionar cuales y completar los datos respectivos.

a) EXPERIENCIA

Mi experiencia profesional acumulada es de _____

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo Desempeñado según su constancia o contrato	Fecha de Inicio(mes/año)	Fecha de Culminación (Mes/año)	Tiempo en el cargo	Folio
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

IV. CAPACITACION

La capacitación deberá estar relacionada al cargo al que postula y a los términos de referencia. La información proporcionada en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar las copias de las respectivas constancias, certificados u otros que acrediten la capacitación (fotocopias Fedateadas y/o legalizados)

N°	Denominación del taller, diploma curso, seminarios u otros	Uniiversidad que lo dicto o Entidad	Fecha de expedición (mes/año)	Horas acreditadas en el certificado	Folio del documento que lo Acredite.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DECLARO QUE SOLO PODRE SER EVALUADO EN BASE A LA INFORMACION QUE EXPONGO EN EL PRESENTE FORMULARIO, QUE POSEO LOS ORIGINALES DE LAS COPIAS FOTOSTATICAS PRESENTADAS.

DECLARO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ES VERAZ Y EN CASO NECESARIO AUTORIZO INVESTIGACION.

DE SER CONTRATADO Y DE VERIFICARSE QUE LA INFORMACIÓN SEA FALSA, ACEPTO EXPRESAMENTE QUE LA ENTIDAD PROCEDA A MI RETIRO AUTOMATICO, SIN PERJUICIO DE APLICARSE LAS SANCIONES LEGALES QUE ME CORRESPONDAN.

FECHA.....

NOMBRES Y APELLIDOS /O SELLO
FIRMA DEL POSTULANTE