**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE POSTULANTE**

Cusco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

Señor(a)

Presidente de la Comisión Evaluadora CAS

Presente. -

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con D.N.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito mi participación como postulante en el proceso de selección para la Contratación Administrativa de Servicios del PROCESO CAS N° \_\_\_\_\_\_\_-2024- Cargo/ Direcion------------------------------------------------- para lo cual declaro que **CUMPLO** íntegramente con los requisitos y perfil mínimo establecido en la publicación correspondiente al servicio convocado, adjuntado lo siguiente:

1. Declaraciones Juradas (Anexo N°s)

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Firma del Postulante

**ANEXO N° 02**

**FORMULARIO DE HOJA DE VIDA**

(Con carácter de Declaración Jurada)

1. **DATOS PERSONALES**

|  |
| --- |
|  |
| **Apellido Paterno** |  |  |  |  |
|  |
| **Apellido Materno** |  |  |  |  |
|  |
| **Nombres** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lugar y Fecha de nacimiento:** |  |  |  |
|  | **Lugar** |  | **Día / mes / año** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nacionalidad:**  |  | **Estado Civil** |  |
|  |  |
| **Documento de Identidad:** |  |
|  |  |
| **RUC:** |  | **N° Brevete** |  |
|  |  |
| **Dirección:** |  |
|  | **Avenida/Calle** | **N°** | **Dpto.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ciudad:** |  |
|  |  |
| **Distrito:** |  |
|  |  |
| **Teléfono fijo:** |  | **Celular:** |  |
|  |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
|  |  |
| **Colegio Profesional:** (Solo si el puesto lo requiere) |  | **Registro N°** |
|  |  |
| **Lugar del registro:** |  |

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD**

El postulante es discapacitado:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  |  | Si la respuesta es afirmativa, indicar el número de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad. |
|  |  |  |
| **NO** |  |  | **N° REGISTRO** |  |

1. **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  |  | **NO** |  |

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO\*** | **ESPECIALIDAD** | **UNIVERSIDAD, INSTITUTO O COLEGIO** | **CIUDAD / PAÍS** | **ESTUDIOS REALIZADOS DESDE / HASTA (MES/AÑO)** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO\*\* (MES/AÑO)** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |
| Título Profesional |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Estudios Técnicos |  |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |  |

**Nota:**

\*Dejar en blanco aquellos que no apliquen.

\*\*Si no tiene Título especificar si: está en trámite, es egresado, o estudios en curso.

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **ESPECIALIDAD** | **INSTITUCIÓN** | **CIUDAD / PAÍS** | **FECHA DE INICIO Y TÉRMINO** | **HORAS LECTIVAS** |
| Post-Grado o 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 PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**

|  |
| --- |
|  |

Marcar con un aspa donde corresponda:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Idioma 1: |  |  | Idioma 2: |  |
|  | MuyBien | Bien | Regular |  |  | MuyBien | Bien | Regular |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HablaLeeEscribe |  |  |  |  | HablaLeeEscribe |  |  |  |

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

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional, tanto en el sector público como privado (comenzar por lo más reciente, con duración mayor a un mes).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO (MES/AÑO)** | **FECHA DE TÉRMINO (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 (\_\_), Otro ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO (MES/AÑO)** | **FECHA DE TÉRMINO (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 (\_\_), Otro ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO (MES/AÑO)** | **FECHA DE TÉRMINO (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 (\_\_), Otro ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO (MES/AÑO)** | **FECHA DE TÉRMINO (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 (\_\_), Otro ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO (MES/AÑO)** | **FECHA DE TÉRMINO (MES/AÑO)** | **TIEMPO EN EL CARGO** **(AÑOS Y MESES)** |
| 5 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: |
| Marcar con aspa según corresponda:Pública (\_\_), Privada (\_\_), ONG (\_\_), Organismo Internacional (\_\_), Otro ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

En caso de haber ocupado varios cargos en una misma Entidad, mencionar cuáles y completar los datos respectivos.

1. **REFERENCIAS PERSONALES**

Detallar como mínimo 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** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

Cusco, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

Firma

**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**

**(Decreto Supremo N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)**

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

identificado(a) con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con RUC N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en el Distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia y Departamento

de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE (Marca 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) Y APELLIDOS SIGUIENTES:

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

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

Quien (es) laboran en el Instituto Nacional de Salud, con el (los) cargo (s) y en la (s) oficina(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 ISOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), que laboren en el INS.

|  |
| --- |
|  |

Lugar…............................ fecha, ....... de .....................de 2024.

 Huella Digital

Firma

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES**

La (el) que suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Identificada(o) con D.N.I. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliada(o) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

* No percibir ingresos por parte del Estado1 (salvo actividad docente).
* No registrar Antecedentes Penales\*, Policiales, ni Judiciales.
* Gozar de Buena Salud Física y Mental.
* No estar inhabilitado administrativa o judicial para el ejercicio de la profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública.
* No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Servidores Civiles\*\*.

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 T.U.O de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Lugar…............................ fecha, ....... de .....................de 2024.

 Huella Digital

Firma

*1 Aplicable a los ganadores del concurso (a partir de la suscripción del contrato).*

*(\*) Decreto Legislativo N° 1310, concordante con el Decreto Legislativo N° 1246.*

*(\*\*)*El Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles, regulado por el Decreto Legislativo N° 1295, que modifica el artículo 242 de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y establece disposiciones para garantizar la integridad en la administración pública, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 012-2017-JUS.

En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSSC, 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.

 **ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL**

**REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM**

La (el) que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada(o) con D.N.I. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,domiciliada(o) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que hayan ameritado la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

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 T.U.O de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Lugar…............................ fecha, ....... de .....................de 2024.

 Huella Digital

Firma