## ANEXO N°01

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Pueblo Libre, ………… de… del 202

Señor:

Hospital Santa Rosa Presente.-

## ASUNTO: INSCRIPCIÓN AL ………………………………………. 202

De mi consideración:

Yo, ……………………………………………………………………………………………………..……….,

identificado con DNI N° ………………………………, con dirección domiciliaria en…………………....

………………………………………………………………………..con celular N° ……………………….. y correo electrónico …………………..……………………..………………………., solicito mi participación como postulante en el …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….., para el puesto de ………………………..………………………..………………………………………………………………, con código de Perfil de Puesto …………………………………………..…, para lo cual cumplo íntegramente con los requisitos básicos establecidos en la publicación correspondiente y que cumplo con adjuntar a la presente la documentación que lo sustenta.

Marcar con un aspa (X) según corresponda:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERIOS** | **SI** | **NO** |
| * Tengo experiencia en Hospitales de nivel III-1:
 |  |  |
| * Soy Licenciado/a de las Fuerzas Armadas:

*En caso su respuesta sea SI, deberá adjuntar el documento OFICIAL que lo acredite.* |  |  |
| * Acredito mi certificado de discapacidad emitido por el CONADIS:
 |  |  |
| * Soy Deportista Calificados de Alto Nivel con documento emitido por el IPD:

*En caso su respuesta sea SI, deberá adjuntar el documento OFICIAL que lo acredite.* |  |  |
| * Soy Profesional de la Salud y realicé mi SERUMS:

*En caso su respuesta sea SI:* Quintil N° , lo realizó en el distrito de……………………….……………….., Provincia de ,Departamento de ……………………………………………………………….. |  |  |

Sin otro particular, quedo de usted. Atentamente,

 (Huella Digital)

 (Firma del Postulante)

Nombre del Postulante:…….…….…….…….……….….…..…………………

Proceso de Selección: CAS N° 202 o D.L N°276 conformado por R.D N° - 202 .-HSR-,MINSA

DNI y/o CDE: ………………………………...

Fecha: ………………………………

**Nota:** El presente formato es de llenado **OBLIGATORIO BAJO RESPONSABILIDAD DE SER DESCALIFICADO** (deberá de ser llenado con letra legible, sin enmendaduras, colocar huella digital, colocar fecha y ser firmado), para todos los postulantes que se registran en Sistema de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) o al Concurso Abierto para Contratos por Reemplazo de Plazas Vacantes D.L. N° 276.

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 N° 27444

## ANEXO N°02

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, ,

identificado con DNI N° ….., declaro bajo juramento:

1. No estar inhabilitado administrativa y/o judicialmente para el ejercicio de la profesión o para contratar con el Estado (de haber sido inhabilitado adjuntar el documento de rehabilitación).
2. No tener Antecedentes Penales ni Judiciales.
3. No tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con alguna autoridad, sea funcionario de confianza o directivo, asesor o servidor del Hospital Santa Rosa, ni con persona alguna que tenga la potestad de participar o influenciar en la toma de decisión administrativa de contratación o de nombramiento de personal, de manera directa o indirecta, aun cuando éstos hayan cesado en sus funciones en los últimos dos años.
4. No percibir otros ingresos por parte del Estado al momento de suscribir contrato, salvo función docente o dietas por participación en un directorio.
5. Gozar de buena salud: Acepto pasar por los exámenes correspondientes, los cuales serán condicionantes para la firma del contrato.
6. Tener disponibilidad inmediata para suscribir e iniciar el contrato en caso de ser seleccionado.
7. No tener inhabilitación vigente en el Registro Nacional de Sanciones, Destitución y Despido

– RNSDD.

1. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional, de corresponder.
2. No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento del Hospital Santa Rosa, por lo que firmo la presente declaración, en concordancia a lo establecido en el Artículo 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Atentamente,

 (Huella Digital)

 (Firma del Postulante)

Nombre del Postulante: ….…….…….…….……….….…..…………………

DNI y/o CDE: ………………………………...

 Pueblo libre, ………… de… del 202

**Nota:** El presente formato es de llenado **OBLIGATORIO BAJO RESPONSABILIDAD DE SER DESCALIFICADO** (deberá de ser llenado con letra legible, sin enmendaduras, colocar huella digital, colocar fecha y ser firmado), para todos los postulantes que se registran en Sistema de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) o al Concurso Abierto para Contratos por Reemplazo de Plazas Vacantes D.L. N° 276.

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 N° 27444

## ANEXO N°04

## DECLARACIÓN JURADA DE PERFILES DE PUESTOS

Yo, ,

identificado con DNI N° ………………………………, con dirección domiciliaria en…………………....

……………………………………………………………………..con celular N° ……………………….. y correo electrónico …………………..……………………..………………………., declaro que he leído el Perfil de Puesto con código …………………… de la plaza ……………………………….…………………………………………………., para lo cual cumplo con presentar los requisitos básicos establecidos y que adjunto a la presente la documentación que lo sustenta.

*(Adjuntar Curriculum Vitae documentado)*

Pueblo libre, ………… de… del 2023

Firma: ……………………………………………………………

Apellidos y Nombres: ……………………………………………… (Huella Digital)

DNI N°: ………………………………

**Nota:** El presente formato es de llenado **OBLIGATORIO BAJO RESPONSABILIDAD DE SER DESCALIFICADO** (deberá de ser llenado con letra legible, sin enmendaduras, colocar huella digital, colocar fecha y ser firmado), para todos los postulantes que se registran en Sistema de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) o al Concurso Abierto para Contratos por Reemplazo de Plazas Vacantes D.L. N° 276.

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 N° 27444