



NOTA IMPORTANTE

- EL CURRICULUM DEBERA VENIR EN EL ORDEN INDICADO
- DEBE VENIR FOLIADO
- CAJA HOJA DEBE VENIR FIRMADA POR EL POSTULANTE

(CURRICULUM QUE NO SE ENCUENTRE ORDENADO NO SERÁ CONSIDERADO PARA EVALUACION ASÍ HAYA PASADO EXAMEN DE CONOCIMIENTOS)

SERA ELIMINADO EXPEDIENTE QUE SE ENCUENTREN CERTIFICADOS DUPLICADOS

LAS COPIAS POR CAPACITACIONES DEBEN CUMPLIR EL REQUISITO DE ANTIGÜEDAD QUE SE INDICA EN CADA PLAZA CONVOCADA Y DEBEN ESTAR ORDENADOS CRONOLOGICAMENTE DEL MAS RECIENTE AL MAS ANTIGUO. SOLO SE TOMARAN EN CUENTA LAS CAPACITACIONES RELACIONADAS CON LA VACANTE A LA QUE SE POSTULA, SALVO LAS DE COMPUTACION O IDIOMA QUE SON PARTE DE LOS OTROS CONOCIMIENTOS SOLICITADOS EN LOS REQUISITOS

TODOS LOS FORMATOS DEBEN SER LLENADOS EN LETRA IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE.

LA COMISION

Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura



Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)

Solicito: Inscripción en Concurso CAS 02-2018

Médico Intensivista	<input type="checkbox"/>
Médico Auditor	<input type="checkbox"/>
Enfermera	<input type="checkbox"/>
Técnico Asistencial en Enfermería	<input type="checkbox"/>

(Marcar con X)

Señor Presidente de la Comisión del Concurso CAS N° 002-2018
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 – Piura.

Yo,

identificado (a) con DNI N°..... Con domicilio en

..... Distrito de.....

Provincia de..... Departamento de..... De

profesión.....

Acudo a ustedes para solicitar se me considere en el PROCESO DE CONTRATACION N° 002-2018/GOB.REG.PIURA.DRSP-HAPCSRII-2-DIR-OA-UGRH CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE PERSONAL (CAS N° 002-2018) : PROFESIONALES MEDICOS, NO MEDICOS, TECNICOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD EJECUTORA 406 HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2 – PIURA.

Por tanto manifiesto mi voluntad de someterme a los criterios, procedimientos, evaluaciones requisitos establecidos en los lineamientos de dicho proceso.

Para tal efecto, adjunto los documentos que señalan en las bases del proceso de contratación de..... Folios, todos debidamente foliados y firmados, sin manchas ni borrones.

Veintiséis de Octubre,..... de..... del 2018.

Firma

Nombre: _____

DNI N° _____

*Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura*



*Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)*

EXPEDIENTE CURRICULAR

(Para Pegar en Sobre)

Señores

Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura.

Av.Grau / Chulucanas S/n.

Presente.-

ATENCIÓN: Comisión Evaluadora de Contrato Administrativo de Servicios (CAS N°002-2018)

REFERENCIA: Procedimiento de Contratación Administrativa de Servicios **N° 002-2018-**
HAPCSRII-2 Piura.

CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (CAS)

POSTULANTE

(Apellidos y Nombres): _____

N° y NOMBRE DEL ITEM (al que postula): _____

Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura



Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)

HOJA DE VIDA

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	
Nombres:	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento:	
Lugar de Nacimiento Dpto., Prov., dist.	
Documento De Identidad:	
RUC:	
Estado Civil:	
Dirección (Av., Calle, N° Dpto.)	
Teléfono:	
Correo Electrónico:	
Colegio Profesional (N° Si Aplica)	
Resolución de término de SERUMS: Para profesionales de la salud.	

II. ESTUDIOS REALIZADOS (PARA LOS QUE POSTULAN A PLAZA DE PROFESIONAL O TECNICO)

TITULO O GRADO	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICION DEL TITULO	UNIVERSIDAD/INSTITUTO	CIUDAD /PAIS
MAESTRÍA				
POST GRADO Ó DIPLOMADO				
TÍTULO PROFESIONA				
GRADO DE BACHILLER				
ESTUDIOS TECNICOS (COMPUTACION, IDIOMAS, OTROS)				

Nota: dejar en blanco para aquellos que no aplique.

Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura



Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)

II. ESTUDIOS REALIZADOS (PARA LOS QUE POSTULAN A PLAZA DE AUXILIAR)

ESTUDIOS SECUNDARIOS	INSTITUTO / COLEGIO	ESPECIALIDAD	AÑO DE FINALIZACION
ESTUDIOS TECNICOS (COMPUTACION, IDIOMAS, OTROS)			
SECUNDARIA COMPLETA			

III. CAPACITACIÓN: empezar detalle desde la más reciente (02 años de antigüedad)

Nº	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TERMINO	INSTITUCIÓN	CIUDAD / PAÍS

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

IV. EXPERIENCIA LABORAL:

El postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SÓLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad debe mencionar cuales y completar los datos respectivos.

a) Experiencia laboral instituciones hospitalarias (comenzar por la más reciente)

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO (MES / AÑO)	FECHA DE CULMINACION (MES /AÑO)	TIEMPO EN EL CARGO

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

En el caso de haber realizado trabajos en forma paralela se considerará el periodo cronológico de mayor duración.

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta y en caso necesario autorizo su investigación.

.....

Firma

Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura



Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Señor Presidente de la Comisión de Concurso CAS 01-2018
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura

Yo, _____

Identificada (o) con DNI N° _____ con domicilio en

_____ Distrito _____

Provincia _____ Departamento, de Profesión _____

Acudo a ustedes para solicitar se me considere en el PROCESO DE CONCURSO CAS N° 0002-2018/GOB.REG.PIURA.DRSP-HAPCSRII-2-DIR-OA-UGRH ,CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE PERSONAL (CAS N°002-2018): PROFESIONALES MEDICO y NO MEDICOS ASISTENCIALES, TECNICOS ASISTENCIALES, PROFESIONALES y TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS, AUXILIARES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS DE LA UNIDAD EJECUTORA 406 HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2

Por lo tanto manifiesto mi voluntad de someterme a los criterios, procedimientos, evaluaciones y requisitos establecidos en los lineamientos de dicho proceso.

Para tal efecto, adjunto los documentos que se señalan en las bases del proceso de concurso

(Expediente de _____ folios, todos debidamente foliados y firmados, sin manchas ni borrones.

Veintiseis de Octubre, _____ de _____ del 2018

.....

Firma

Nombres y Apellidos: _____

DNI N° : _____

Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura



Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)

ANEXO N° 01

DECLARACION JURADA DE INFORMACION GENERAL

El que se suscribe, _____, identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N° _____, DECLARO BAJO JURAMENTO que la siguiente información se sujeta a la verdad, sujetándose a las disposiciones establecidas en el Artículo 41º y 42º y demás aplicables de la Ley 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Nombre o Razón Social			
Domicilio Legal			
	Teléfonos	Fax	Correo Electrónico

Piura _____ de _____ del 2018.

Firma y Sello del Postulante



**Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)**

ANEXO N° 02

DECLARACION JURADA DEL POSTULANTE

El que suscribe, don _____,
identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N° _____, domiciliado en _____; que se presenta como postulante en el Procedimiento de Contratación N° 002-2018-HAPCSRII-2 Piura **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

1. No tener impedimento para participar en el Procedimiento de Contratación ni para contratar con el Estado conforme al Artículo 4º del Decreto Supremo N° 075-2008-PCM Apruebe Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios;
2. Conocer, aceptar y someterme a las Bases y condiciones del procedimiento de contratación;
3. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para efectos del presente procedimiento de contratación;
4. Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General.

Piura _____ de _____ del 2018.

(Sello y firma del Representante Legal)

Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura



Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)

ANEXO N° 03

DECLARACION JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Apellidos _____

Nombres _____

Documento de Identidad _____

Dependencia _____

Domicilio _____

Provincia/Departamento _____

Fecha de declaración _____

Declaro que al momento de suscribir el presente documento:

Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales

- a) Ley No. 26771, publicada el 15.04.97 que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en casos de parentesco
- b) Decreto Supremo No. 021-2000-PCM publicado el 30.07.00, que aprueba el Reglamento de la Ley No. 26771
- c) Decreto Supremo No. 017-2002-PCM, publicado el 08.03.02, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771
- d) Decreto Supremo No. 034-2055-PCM aplicado el 07.05.05 que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771 y dispone el otorgamiento de la Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo

He cumplido con revisar el LISTADO DE TRABAJADORES A NIVEL NACIONAL proporcionado por la Entidad en el enlace <http://www.minsa.gob.pe/portal-detranspararencia/personal//minsa.asp> del Portal del Ministerio de Salud y he agotado las demás verificaciones y corroboraciones necesarias.

En consecuencia DECLARO BAJO JURAMENTO que _____ (indicar SI o NO) tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal con Autoridades o Funcionarios del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura.

En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la (s) persona (s) con quien (es) me une el vínculo antes indicado es (son):

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	DEPENDENCIA	PARENTESCO
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____

NOMBRE: _____

FIRMA

*Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura*



*Procedimiento de Contratación N° 002-2018- HAPCSRII-2-Piura
Contratación Administrativa de Servicios Administrativos (CAS)*

ANEXO N° 04

DECLARACION JURADA

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____, declaro bajo juramento:

NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA Y/O JUDICIALMENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.

NO TENER ANTECEDENTES PENALES NI JUDICIALES NI POLICIALES.

ESTAN IMPEDIDOS DE SER CONTRATADOS BAJO EL REGIMEN DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS QUIENES TIENE IMPEDIMENTO PARA SER POSTORES O CONTRATISTAS, EXPRESAMENTE PREVISTO POR LAS DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS SOBRE LA MATERIA.

NO TENER RELACION DE PARENTESCO – HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSAGUINIDAD Y SEGUNDO DE AFINIDAD, con alguna autoridad, sea funcionario de confianza o directivo, asesor o servidor del Hospital, 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, aún cuanto éstos hayan cesado en sus funciones en los últimos dos años.

NO PERCIBIR OTROS INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO, SALVO FUNCION DOCENTE

GOZAR DE BUENA SALUD

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el Art. 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Piura, de del 2018.

FIRMA _____

NOMBRE: _____

DNI N°: _____