**ANEXO N°01**

FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE

N° PROCESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 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°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° BREVETE: (SI APLICA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CATEGORÍA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AVENIDA/CALLE N°DPTO

CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGISTRO N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HABILITACIÓN: SI \_\_\_ NO \_\_\_

REGISTRO DE ESPECIALISTA N°: (SI APLICA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUGAR DEL REGISTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERUMS (SI APLICA): SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ N° RESOLUCIÓN SERUMS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD**

EL POSTULANTE PRESENTA DISCAPACIDAD

SÍ \_\_\_\_\_\_\_\_ N° REGISTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_\_\_\_

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

EL POSTULANTE ES LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

SI \_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*)Si la respuesta es afirmativa en los ítems II y III, adjuntar copia simple del documento oficial.

* + 1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO (1)** | **ESPECIALIDAD** | **UNIVERSIDAD**  **INSTITUTO**  **COLEGIO** | **CIUDAD/ PAÍS** | **ESTUDIOS REALIZADOS DESDE – HASTA**  **(MES/AÑO)** | **FECHA DE EMISIÓN DEL TÍTULO (2) (MES/AÑO)** |
| **Doctorado** |  |  |  |  |  |
| **Maestría** |  |  |  |  |  |
| **Título** |  |  |  |  |  |
| **Bachillerato** |  |  |  |  |  |
| **Estudios Técnicos** |  |  |  |  |  |
| **Secundaria** |  |  |  |  |  |

Nota:

(1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.

(2) Si no tiene título y/o grado académico, especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO).

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, los estudios realizados en orden cronológico.

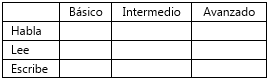
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **ESPECIALIDAD** | **INSTITUCIÓN** | **CIUDAD/ PAÍS** | **ESTUDIOS REALIZADOS (HORAS)** | **FECHA DE EMISIÓN DEL TÍTULO (MES/AÑO)** |
| **Segunda Especialidad** |  |  |  |  |  |
| **Post-Grado o Especialización** |  |  |  |  |  |
| **Diplomado** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Informática** |  |  |  |  |  |
| **Idiomas** |  |  |  |  |  |

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Marcar con un aspa donde corresponda:

Idioma 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idioma 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Habla |  |  |  |
| Lee |  |  |  |
| Escribe |  |  |  |

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

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE CULIMACIÓN** | **TIEMPO EN EL CARGO (Años, meses y días)** |
| **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** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE CULIMACIÓN** | **TIEMPO EN EL CARGO (Años, meses y días)** |
| **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** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE CULIMACIÓN** | **TIEMPO EN EL CARGO (Años, meses y días)** |
| **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** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE CULIMACIÓN** | **TIEMPO EN EL CARGO (Años, meses y días)** |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada:** | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública (\_\_), Privada (\_\_), ONG (\_\_), Organismo Internacional (\_\_), Otro( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

* + 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** |  |  |  |  |

Huaraz, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N°02**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ EVALUADOR DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS (CAS) N° 0002-2024-HVRG – D.LEG. 1057 DEL HOSPITAL “Víctor Ramos Guardia” Nivel II-2 HUARAZ**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ante Ud., con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiéndose publicado la convocatoria al PROCESO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS (CAS) N° 002-2024-HVRG – D.LEG. 1057; solicito ser considerado como postulante a la plaza vacante de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Hospital "Víctor RAMOS GUARDIA" Huaraz, por reunir los requisitos exigidos, sometiéndome a lo estipulado en las bases respectivas.

Se adjunta la siguiente documentación:

- Anexo N°01

- Currículo documentado, ordenado según Anexo N°03

- Declaración Jurada, Anexo N° 04

POR LO EXPUESTO

A Ud., pido acceder a mi petición por ser de justicia

Huaraz, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024.

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

Firma

**ANEXO N°03**

**INSTRUCTIVO PARA LA PRESENTACIÓN DEL CURRICULUM VITAE**

La información del Curriculum Vitae en físico debe estar ordenado y contener lo siguiente:

* 1. Sobre cerrado que contiene, el Folder con faster, presentando en la pasta el rótulo señalado en las bases.
  2. Anexo N°02.
  3. Anexo N°04.
  4. Anexo N°01.
  5. Copia Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso)
  6. Título del Profesional o Título de Técnico (solo cuando el perfil lo requiere)
  7. Título de Especialista (si el perfil lo requiere)
  8. Colegiatura y Habilidad Profesional (en caso de profesionales y especialistas)
  9. Copia de Resolución de SERUMS (solo para profesionales de la salud)
  10. Registro de Especialidad (si el perfil lo requiere)
  11. Copia de Brevete (solo cuando el perfil lo requiere)
  12. Constancias y/o certificados de capacitación o de programas de especialización o diplomados. (solo cuando el perfil lo requiere).
  13. Constancias, certificados, contratos o resoluciones; que acrediten la experiencia laboral.

EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

**ANEXO N°04**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio actual en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro bajo juramento que,

1. No tengo vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, ni hasta segundo grado de afinidad y de matrimonio, con la Comisión de Concurso (Nepotismo).
2. Cumpliré con lo dispuesto en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el D.S. N° 019-2002-PCM., sobre prohibiciones e incompatibilidad de funciones y servidores públicos.
3. No he cesado durante los últimos cinco (05) años, acogiéndome a programas de renuncia voluntaria con incentivos por cualquiera de las Instituciones comprendidas en los Pliegos presupuestales de la Ley de Presupuesto del Sector Público.
4. No me encuentro con sanción de Destitución de la Administración Pública, ni con impedimento para contratar con entidades del Sector Público y de no percibir otros ingresos del Estado.
5. No me encuentro en procesos judiciales en contra del estado.
6. No registro antecedentes penales, ni me encuentro procesado por delito doloso.
7. No registro antecedentes policiales.
8. No me encuentro requisitoriado por ninguna dependencia judicial.
9. A guardar confidencialidad y reserva de la información y documentación a mí cargo.
10. No me encuentro registrado en el registro de deudores por pensión alimenticia.
11. Los documentos que presento son auténticos, así como la información contenida en la ficha de postulación y demás documentos requeridos, es veraz. Asimismo, en caso de falsedad de lo manifestado en la presente declaración jurada, me someto a lo dispuesto en la Ley de Procedimiento Administrativo General, sin perjuicio de las responsabilidades que pudiera corresponder por tal hecho.
12. No tener vínculo laboral con ninguna institución del Estado con excepción labores de docencia.

En fe de lo afirmado, suscribo la presente.

**Huaraz, a los \_\_\_\_\_\_\_días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.**

**FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDOS Y NOMBRES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**D.N.I. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXO N°08**

**FORMATO PARA REALIZAR RECLAMOS**

