

FORMATO 01**MODELO DE SOLICITUD PARA POSTULANTE****SOLICITO: SER CONSIDERADO COMO POSTULANTE**

Señor: **PRESIDENTE DE LA COMISIÓN EVALUADORA DE CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE LOS OLIVOS.**

Apellidos y Nombres: _____

Identificado (a) con D.N.I. N°: _____

Con domicilio real en: _____

Teléfono. _____

Estado Civil: _____

Que habiendo tomado conocimiento mediante aviso de la convocatoria N° 001-2019-HMLO, al proceso de selección para cubrir las necesidades de servicios de (indicar puesto al que postula);

en el Hospital Municipal de Los Olivos, y teniendo interés de participar en dicho proceso solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la comisión que usted preside, se me considere como POSTULANTE, para la cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

Por tanto, A usted pido Señor Presidente de la Comisión Evaluadora, acceder a mi solicitud

Los Olivos,

Mayo de 2019.

FORMATO 02	FICHA CURRICULAR
-------------------	-------------------------

FORMATO DE HOJA DE VIDA

La información contenida en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

En los siguientes formatos complete la información requerida de acuerdo a lo indicado en la Convocatoria para la Contratación Administrativa de Servicios (CAS) al que postula.
Verifique que la información proporcionada esté debidamente llenada para que su inscripción sea válida.

I. DATOS PERSONALES	
APELLIDOS COMPLETOS	
NOMBRES COMPLETOS	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI)	
NUMERO DE R.U.C.	
LUGAR DE NACIMIENTO	
FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO ACTUAL	
DISTRITO	
PROVINCIA Y DEPARTAMENTO	(incluir código de ciudad)
TELÉFONO DE CASA (u otro de referencia)	
Teléfono Celular	
Correo electrónico	

II. INFORMACION COMPLEMENTARIA			
2.1 SERVICIO AL QUE POSTULA			
CODIGO DE CONVOCATORIA CAS	XXXXXXXXXX		
NOMBRE DEL SERVICIO	XXXXXXXXXXXX		
CÓDIGO DEL SERVICIO	XXXXXXXXXXXX		
NOMBRE DE LA UNIDAD O AREA AL QUE POSTULA	XXXXXXXXXXXX		
2.2 CONDICIÓN DEL POSTULANTE			
PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	<input type="checkbox"/>	NO
LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.4 ¿Ha prestado o presta servicios en el Hospital Municipal Los Olivos?			
Nunca ()			
SI () Por favor, precise: Servicio: Unidad:.....			
Vigencia del ÚLTIMO contrato: Inicio:/...../..... Final:/...../.....			
2.4 ¿Anteriormente ha postulado a alguna Convocatorias CAS para el Hospital Municipal Los Olivos?			
NO () SI ()			
LUGAR DE ENTREVISTA			

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome, de no ser así, a las acciones administrativas y penales que correspondan.

.....
(Ciudad), (fecha)

.....
Firma

III. DOCUMENTACION REQUERIDA POR EL PERFIL DE SERVICIO

Registrar los datos según corresponda y dejar en blanco aquellos que no aplique.

Adjuntar copia simple (legible) de los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos señalados en el perfil del puesto y las bases de la convocatoria

(En caso se necesite más espacio/filas para sustentar lo requerido, adjuntar hoja adicional respetando el mismo formato)

3.1. FORMACION REQUERIDA: FORMACION ACADEMICA, GRADO ACADEMICO Y/O NIVEL DE ESTUDIO. (Como mínimo debe acreditar el/los niveles/es señalado/s y requerido/s en la convocatoria).

CONCEPTO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	GRADO O NIVEL ACADÉMICO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES O AÑOS DE ESTUDIOS (Solo Referencial)		Fecha de Emisión del documento	FOLIO ¹ N°
				DESDE	HASTA		
FORMACIÓN UNIVERSITARIA (Estudiant. Egres. Bach. Titul.) (Según el caso, a efectos de considerar la experiencia profesional a partir de la obtención del diploma de bachiller, adjuntar copia del mismo).	(P.e. PUCP)	(P.e. BACHILLER)	(P.e. PSICOLOGIA)	(P.e. 2011)	(P.e. 2011)	(P.e. 12/05/2011)	(P.e. 11)
MAESTRÍA Considerar el que más se ajuste a lo requerido. (Estudiant. Egresado, Grado)							
DOCTORADO							
DIPLOMADO(S) Considerar el que más se ajuste a lo requerido.	(P.e. UNMSM)	(P.e. DIPLOMADO)	(P.e. VIOLENCIA FAMILIAR)	(12/05/2011)	(12/11/2011)	(15/12/2011)	(P.e. 15)
SEGUNDA CARRERA							
ESPECIALIZACIÓN							
FORMACIÓN TÉCNICA							
OTROS ESTUDIOS (SECUNDARIOS, ETC)							

3.2. INFORMACIÓN RESPECTO A LA COLEGIATURA (Adjuntar sólo si es requisito exigido en la convocatoria). En caso se requiera Colegiatura, se deberá presentar copia simple del Diploma de colegiatura. En caso se requiera constancia de habilitación, esta deberá contener la fecha de vigencia.

DIPLOMA DE COLEGIATURA	COLEGIO PROFESIONAL	FECHA DE EMISION	FOLIO N°
SI () NO ()	Ej. Colegio de Abogados de Lima	/ /	
CONSTANCIA HABILITACION PROFESIONAL		VIGENTE HASTA EL	FOLIO N°

¹ En lo sucesivo, en la columna donde se indica "FOLIO N°", debe anotar el número de folio asignado y en el que se encuentra el/los documento/s sustentatorio/s.

SI () NO ()	NRO. DE COLEGIATURA:	/	/	
---------------	----------------------	---	---	--

3.3. CONDICION DEL POSTULANTE (Si lo acredita con la documentación respectiva indicar el número de folio).

PERSONA CON DISCAPACIDAD	FOLIO N°
En aplicación a lo establecido por el artículo 48°, 76° y 78° de la Ley N° 29973, Ley General de Personas con Discapacidad. (De presentar discapacidad, acreditarlo con la respectiva certificación).	
LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	FOLIO N°
De conformidad con la Ley N° 29248 y su reglamento. Recordado por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011-SERVIR/PE, en la que refiere que de ser Licenciado, deberá acreditarlo documentalmente.	

3.4. CAPACITACIÓN RECIBIDA: (Adjuntar la documentación de acuerdo a los requisitos exigidos en la convocatoria y presentarlo de manera ordenada del más reciente al más antiguo).

N°	INSTITUCIÓN	NOMBRE O TITULO DE LA CAPACITACION RECIBIDA	TIPO DE EVENTO (Curso, estudio de especialización, diplomado, taller, charla, jornada, etc.)	Según corresponda, precise el tiempo ² que acredita en:				FOLIO N°
				Año/s	Mes/es	Día/s	Hora/s	
	(P.e. UNMSM)	(P.e. INTERVENCION EN VIOLENCIA DE GÉNERO)	(P.e. CURSO)			(P.e.15)	(P.e. 32)	(P.e. 18)

²Programa de especialización deben tener no menos de 90 horas de capacitación. Los programas de especialización pueden ser desde 80 horas, si son organizados por el ente rector correspondiente.

Se podrá considerar un mínimo de horas de capacitación, los cuales son acumulativas.

Si el documento que adjunta solo indica el número de créditos asignados, se calcula 17 horas por crédito. Si solo indica días y no creditaje, se calcula 2 horas por día. Si indica simultáneamente los créditos y las horas, se registrará lo que corresponda en horas.

N°	INSTITUCIÓN	NOMBRE O TITULO DE LA CAPACITACION RECIBIDA	TIPO DE EVENTO (Curso o estudio de especialización, diplomado, taller, charla, jornada, etc.)	Según corresponda, precise el tiempo que acredita:				FOLIO N°
				Año/s	Mes/es	Día/s	Hora/s	

3.5. EXPERIENCIA:

- Según corresponda, adjuntar la documentación (constancias, certificados, contratos de trabajo y/o boletas de pago) de acuerdo a los requisitos exigidos en la convocatoria, que acredite haber prestado servicios por el periodo que se indica. (Presentarlo de manera legible y ordenada del más reciente al más antiguo).
- El tiempo de experiencia laboral serán contabilizados desde el egreso de la formación académica correspondiente por lo cual el postulante deberá presentar la constancia de egresado en la presente convocatoria, caso contrario se contabilizará desde la fecha indicada en el documento de la formación académica que requiera el perfil (diploma de bachiller, diploma de título profesional).
- Para acreditar tiempo de experiencia mediante Resolución Ministerial por designación o similar, deberá presentarse tanto la Resolución de inicio de designación, como la de cese del mismo.

N°	1. NOMBRE DE LA ENTIDAD O INSTITUCION. 2. CARGO DESEMPEÑADO	FUNCION PRINCIPAL DESEMPEÑADA	FECHAS DE:		Total del tiempo de servicio acreditado en:			FOLIO/S ³ N°
			INICIO	FIN	Año/s	Mes/es	Día/s	
	1. (p.e. MIMP-PNCVFS-CEM Lima) 2. (P.e. Psicólogo)	(P.e. Atención de casos de Violencia familiar)	(22/05/2011)	(10/12/2013)	(2 años)	(6 meses)	(19 días)	(25 al 33)
	1. 2.							
	1. 2.							
	1. 2.							
	1. 2.							

³Si adjunta un documento mayor de una hoja (P. ej. Contrato) registrarlos en una sola fila indicando los números de folios que correspondan. Ej.: N° Folios "15 al 18".

N°	1. NOMBRE DE LA ENTIDAD O INSTITUCION. 2. CARGO DESEMPEÑADO	FUNCION PRINCIPAL DESEMPEÑADA	FECHAS		Total del tiempo de servicio acreditado en:			FOLIO/S ⁴ N°
			INICIO	FIN	Año/s	Mes/es	Día/s	
	1.							
	2.							
	1.							
	2.							

3.6. OTROS REQUISITOS: De acuerdo a lo requerido en la convocatoria y sólo si logra adjuntar los documentos que acrediten cualquiera de los requisitos señalados:

3.6.1. ESTUDIOS INFORMATICOS: – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (Marque con un aspa el nivel máximo alcanzado).

N°	CENTRO DE ESTUDIOS	CONOCIMIENTOS EN	NIVEL ALCANZADO			FOLIO N°
			BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO	
1.						
2.						

3.6.2. ESTUDIO DE IDIOMAS: – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado).

N°	CENTRO DE ESTUDIOS	IDIOMA	NIVEL ALCANZADO			FOLIO N°
			BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO	
1.						
2.						

3.6.3. OTROS CONOCIMIENTOS: Solo si logra acreditar algún otro conocimiento, de acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria.

CONOCIMIENTO		FOLIO N°
1.		
2.		

Declaro bajo juramento que la información que he proporcionado en el presente Formato de Hoja de vida, es veraz y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca.

.....
(Ciudad), (fecha)

.....
Firma / DNI

⁴ Si adjunta un documento mayor de una hoja (P. ej. Contrato) registrarlos en una sola fila indicando los números de folios que correspondan. Ej.: N° Folios "15 al 18".

FORMATO 03**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA
CONTRATAR CON EL ESTADO**

Apellidos y Nombres: _____

con DNI N° _____ estado civil: _____

de nacionalidad: _____ con domicilio actual en: _____

Distrito: _____ Provincia: _____

Departamento: _____ pleno de mis capacidades, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que NO incurro en ninguna de la causales que impidan mi contratación bajo el régimen Contratación Administrativa de Servicios, regulada en el Decreto Legislativo N° 1057 y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, modificado por el decreto supremo N° 065-2011-PCM

Asimismo, no me encuentro comprendido en ninguna de las causales contempladas en alguna otra disposición legal complementaria que determine mi imposibilidad de ser postor o contratista del Estado.

En ese sentido no me encuentro inhabilitado administrativa ni judicialmente para contratar con el Estado.

Por lo que, me someto a las sanciones que estipula la Ley en caso de lo que declaro no se ajuste a la verdad.

Los Olivos, mayo 2019.

FIRMA

DNI N° _____

FORMATO 04**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**

Yo,..... identificado con D.N.I. N°..... y con domiciliado en

al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, del numeral 1.7 del Título Preliminar y el artículo 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

No tener en la Entidad, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad o por razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Hospital Municipal Los Olivos.

En ese sentido declaro; que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por el D.S. N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Comprometiéndome a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme lo señalan las normas sobre la materia.

SOLO EN CASO DE TENER PARIENTES:

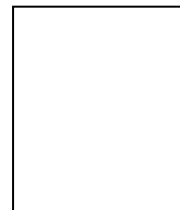
Declaro bajo juramento; que en el Hospital Municipal de Los Olivos, laboran los servidores cuyos nombres y apellidos indico, a quien(es) me une la relación o vínculo de consanguinidad, afinidad, vínculo matrimonial, conyugue o unión de hecho, que se señala a continuación:

GRADO O RELACIÓN DE PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL	NOMBRES Y APELLIDOS	UNIDAD ORGANICA DE TRABAJO

Asimismo Declaro Bajo Juramento; que lo mencionado responde a la verdad, reconociendo que tengo pleno conocimiento que si lo declarado es falso, independientemente de las disposiciones administrativas disciplinarias, me encuentro sujeto a lo establecido en el artículo 438° del Código Penal, que establece pena privativa de la libertad de hasta cuatro (04) años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente en perjuicio de terceros.

Los Olivos, Mayo 2019.

FIRMA



DNI N° _____

FORMATO 05	DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES
------------	------------------------------------------------------------------------

Yo,..... identificado con D.N.I. N°..... y con domiciliado en

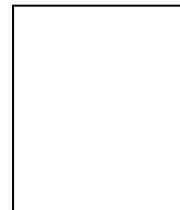
DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registrar antecedentes policiales y No registrar antecedentes judiciales, a nivel nacional. Asimismo tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporcione, autorizo al Hospital Municipal Los Olivos a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Los Olivos, Mayo 2019.



Huella Dactilar

FIRMA

DNI N° _____

FORMATO 06**DECLARACION JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD**

Apellidos y Nombres: _____

con DNI N° _____ estado civil: _____

de nacionalidad: _____ con domicilio actual en: _____

Distrito: _____ Provincia: _____

Departamento: _____ pleno de mis capacidades, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que gozo de buen estado de salud física y mental.

Por lo que, me someto a las sanciones que estipula la Ley en caso de lo que declaro no se ajuste a la verdad.

Los Olivos, Mayo de 2019.

FIRMA

DNI N° _____

	HOJA DE RESUMEN CURRICULAR
--	-----------------------------------

Nombre del Puesto	
Área Usuaría	
Apellidos y Nombres	
D.N.I	

Nota: Los postulantes deberán señalar el número de páginas donde se ubican los documentos que acrediten el perfil solicitado (Requisitos Indispensables y Deseables).

Requisitos	N° de Hoja Foleada	No rellenar
Formación Académica		
Cursos / Estudios de Especialización (Si lo requiere)		
Curso de capacitación en ofimática. (Si lo requiere)		
Experiencia Laboral General (Si lo requiere)		
Experiencia específica para el puesto (Si lo requiere)		
Experiencia requerida en el sector público (Si lo requiere)		
TOTAL DE FOLIOS		

Firma del Postulante

DNI N° _____