



Hospital Municipal
LOS OLIVOS

**GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS**

**Unidad de Recursos Humanos y
Gestión de Riesgos**

ANEXO 01

SOLICITUD DE POSTULACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS BÁSICOS Y PERFILES

PROCESO CAS Nº 04-2025-HMLO

CÓDIGO DE PUESTO:

DENOMINACIÓN DEL PUESTO AL QUE POSTULA:

AREA SOLICITANTE:

Señor

MGTR. PERCY ARPHI CHOQUEHUANCA ROQUE

Director General

HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS

Presente. -

Yo,, con DNI Nº....., y con domicilio en:mediante la presente, me apersono y presento la documentación que sustenta mi postulación al proceso de selección **CAS Nº ____-____-HMLO** al puesto de convocado por el Hospital Municipal Los Olivos.



En ese sentido y cumpliendo los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación, solicito a Usted, se disponga el trámite correspondiente ante la Unidad de Recursos Humanos y Gestión de Riesgo del Hospital Municipal Los Olivos. Asimismo, de resultar ganador adjuntaré físicamente los documentos solicitados y presentados de manera virtual.

Sin otro particular quedo de Usted.

Atentamente;

Los Olivos, de del 2025

Firma:.....

DNI:.....

Sera **DESCALIFICADO** El postulante que oculte información y/o consigne información falsa será excluido del proceso de selección de personal; en caso de haberse producida la contratación deberá cesar por comisión de falta grave con arreglo a las normas vigentes sin perjuicio de la responsabilidad penal y/o administrativa en que hubiere incurrido.



ANEXO 02 FICHA DE POSTULANTE DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES	PROCESO CAS N° 004-2025-HMLO
--	---

DATOS LABORALES

CÓDIGO DE PUESTO	DENOMINACION DEL PUESTO	AREA SOLICITANTE

DATOS PERSONALES

Documento Identidad		APELLIDOS Y NOMBRES		GÉNERO	
DNI	Carnet Extranjería			M	F
DIRECCIÓN				DISTRITO	
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	REFERENCIA DIRECCIÓN			
FECHA NACIMIENTO <small>(DD/MM/AAAA)</small>		LUGAR DE NACIMIENTO <small>(Distrito / Provincia / Departamento)</small>		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	
TELÉFONO DOMICILIO	TELÉFONO CELULAR 1	TELÉFONO CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL ALTERNO		

CONADIS	N° Carnet / Código	FUERZAS ARMADAS	N° Carnet / Código
DEPORTISTA CALIFICADO ALTO NIVEL	Documento que acredite		
ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA (AJUSTE RAZONABLE), DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN:			

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO: <small>(AA años y MM meses)</small>	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO: <small>(AA años y MM meses)</small>

FORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel educativo	Grado académico obtenido	Nombre de la Carrera, Maestría/Doctorado	Año		Centro de estudios
			Desde	Hasta	
Primaria					
Secundaria					
Técnica básica (1 a 2 años)					
Técnica superior (3 a 4 años)					
Universitario					
Maestría					
Doctorado					
Otros (Especificar)					

COLEGIATURA

Colegio Profesional:		Número de colegiatura:	
Condición a la fecha:	¿Habilitado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Inhabilitado?
			Motivo: _____



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IDIOMAS Y/O DIALECTOS

Idioma/dialecto	(Marque con una "X" el nivel alcanzado)		
	Básico	Intermedio	Avanzado

OFIMÁTICA

(procesador de textos, hojas de cálculo, programas de presentaciones, otros) :

Conocimiento	(Marque con una "X" el nivel alcanzado)		
	Básico	Intermedio	Avanzado

ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN

(Curso, Diplomado, Programa de Especialización)

Tipo de Estudio	Nombre del Curso / Diplomado / Programa de Especialización	Período de Estudios (Fecha o AAAA/MM)		Horas	Centro de estudios
		Inicio	Fin		

EXPERIENCIA LABORAL

(Completar desde el último trabajo o trabajo actual)

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales				
Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales				
Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales

Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales

1.
2.
3.
4.
5.

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales

Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales

1.
2.
3.
4.
5.

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales

Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales

1.
2.
3.
4.
5.

Declaro que la información proporcionada respecto a lo requerido por el perfil del puesto es verdadera y podrá ser verificada por la entidad.

Fecha:

Firma de Postulante



DECLARACIÓN JURADA "A"

Yo, _____, identificado(a) con DNI
Nº _____ postulante en el proceso de selección CAS Nº _____, **DECLARO**

BAJO JURAMENTO:

- No tener condena por delito doloso, con sentencia firme.
- No tener inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
- No tener impedimento para ser trabajador/a, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
- No tener inhabilitados mis derechos civiles y laborales, ni contar con inhabilitación del colegio profesional.
- No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECE) ni en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM).
- No contar con inhabilitación o suspensión vigente administrativa o judicial, inscrita o no, en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD).
- No encontrarme inscrito en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC).
- No percibir simultáneamente remuneración, pensión u honorarios por concepto de locación de servicios, asesoría o consultorías, o cualquier otra doble percepción o ingresos del Estado, salvo por el ejercicio de la función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en tribunales administrativos o en otros órganos colegiados.
- Que la documentación que presento en la etapa de evaluación curricular es copia fiel de la original, la misma que obra en mi poder.
- Que la formación académica que acredito para la etapa de evaluación curricular es fidedigna, para lo cual me someto a la fiscalización posterior aleatoria que se pueda realizar en las instituciones académicas donde he cursado estudios.
- Que la experiencia laboral que acredito para la etapa de evaluación curricular es fidedigna, para lo cual me someto a la fiscalización posterior aleatoria que se pueda realizar en los centros laborales donde me he desempeñado anteriormente.
- Que carezco de antecedentes Judiciales, Penales y Policiales.
- Declaro bajo juramento:

NO, tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho, concubino o progenitor de mi hijo, con servidores, funcionarios o directivos del Hospital Municipal Los Olivos.

SÍ, tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho, concubino o progenitor de mi hijo, con servidores, funcionarios o directivos de la Municipalidad de Miraflores.

En caso el postulante marque la 2da alternativa (SI), señale lo siguiente:



Hospital Municipal
LOS OLIVOS

**GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS**

**Unidad de Recursos Humanos y
Gestión de Riesgos**

El nombre de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, concubino o progenitor de mi hijo, en la entidad.	
Cargo que ocupa la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, concubino o progenitor de mi hijo en la entidad.	
El grado de parentesco con la persona hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o si es cónyuge, conviviente o unión de hecho, concubino o progenitor de mi hijo.	

Asimismo, autorizo a la entidad a realizar las investigaciones correspondientes para constatar la veracidad de esta información y en caso de no ser veraz o correcta la información o presentar inconsistencias, proceder a desvincularme del proceso de selección, de considerarlo pertinente.

_____, ____ de _____ de 20__



Firma
Nombres y apellidos:

Sera DESCALIFICADO El postulante que oculte información y/o consigne información falsa será excluido del proceso de selección de personal; en caso de haberse producida la contratación deberá cesar por comisión de falta grave con arreglo a las normas vigentes sin perjuicio de la responsabilidad penal y/o administrativa en que hubiere incurrido.



Hospital Municipal
LOS OLIVOS

**GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS**

**Unidad de Recursos Humanos y
Gestión de Riesgos**

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRONICO

Yo..... identificado, con DNI , domicilio en , distrito de , provincia , departamento , con teléfono fijo N°....., teléfono celular N°....., declaro bajo juramento que para efectos de notificación de cualquier acto administrativo o de administración conforme al artículo 24° de la Ley N° 27444¹, señalo el correo electrónico , como medio de notificación valido y eficaz, mediante por el cual me daré por enterado respecto a las notificación que emita el Hospital Municipal Los Olivos.

Asimismo, comunicaré a la municipalidad cualquier cambio de mi correo electrónico o domicilio señalado, dentro de los 05 días calendario de realizado, de no comunicarlos se entenderá notificado en los correos electrónicos y domicilio autorizados precedentemente.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el Art. 51.1 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, "Ley de Procedimiento Administrativo General", aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS². Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Los Olivos, de del 2025



Firma:.....

DNI:.....

¹ Decreto Supremo N° 004-2019-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General Artículo 20, numeral 20.4.- El administrado interesado o afectado por el acto que hubiera consignado en su escrito alguna dirección electrónica que conste en el expediente puede ser notificado a través de ese medio siempre que haya dado su autorización expresa para ello. Para este caso no es de aplicación el orden de prelación dispuesto en el numeral 20.1. (...)

² Decreto Supremo N° 004-2019-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General Art. 51.1 Todas las declaraciones juradas, los documentos sucedáneos presentados y la información incluida en los escritos y formularios que presenten los administrados para la realización de procedimientos administrativos, se presumen verificados por quien hace uso de ellos, respecto a su propia situación, así como de contenido veraz para fines administrativos, salvo prueba en contrario. En caso de documentos emitidos por autoridades gubernamentales o por terceros, el administrado puede acreditar su debida diligencia en realizar previamente a su presentación las verificaciones correspondientes y razonables.

Sera **DESCALIFICADO** El postulante que oculte información y/o consigne información falsa será excluido del proceso de selección de personal; en caso de haberse producida la contratación deberá cesar por comisión de falta grave con arreglo a las normas vigentes sin perjuicio de la responsabilidad penal y/o administrativa en que hubiere incurrido.

