

ANEXO 01

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

PROCESO CAS Nº 06-2025-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 06-2025-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:.....



GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y
FINANZAS

Unidad de Recursos Humanos y
Gestión de Riesgos

ANEXO 02
FICHA DE POSTULANTE
DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

PROCESO CAS N°
006-2025-HMLO

DATOS LABORALES

CÓDIGO DE PUESTO	DENOMINACIÓN DEL PUESTO	ÁREA SOLICITANTE

DATOS PERSONALES

Documento Identidad		APELLIDOS Y NOMBRES		GÉNERO	
DNI	Carnet Extranjería			M	F
DIRECCIÓN				DISTRITO	
PROVINCIA		DEPARTAMENTO		REFERENCIA DIRECCIÓN	
FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		LUGAR DE NACIMIENTO (Distrito / Provincia / Departamento)		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	
TELÉFONO DOMICILIO		TELÉFONO CELULAR 1		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:
(AA años y MM meses)

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO:
(AA años y MM meses)

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?	Si	No	¿Inhabilitado?	Motivo:

IDIOMAS Y/O DIALECTOS

OFIMÁTICA

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

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

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	Periodo 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



Hospital Municipal
LOS OLIVOS

**GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS**

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

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 (REDERECEI) ni en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM).
- No contar con inhabilitación o suspensión vigente administrativa o judicial, inscrita 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 del Hospital Municipal Los Olivos.

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

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**

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:



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
Nº....., teléfono celular Nº....., 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.