**Anexo Nº 01**

**(MODELO DE CARTA)**

QUILLABAMBA, ……. de abril de 2024

**Señor:**

Director del Hospital de Quillabamba

Presente.

**Asunto** : **Solicita Participación en Proceso CAS Nº 03-2024**

**Plaza:**

**Ref.** : Decreto Legislativo Nº 1057

De mi consideración:

Yo, …………………………………………………………………………………… identificado con DNI Nº …………………… con domicilio legal en el ……………………………………………………………………………………………………………, Teléfono………………………………………………., Correo electrónico ………………………………………………………, solicito mi participación como postulante en el proceso de selección para la Contratación Administrativa de Servicios de: …………………………………………………… regulado por el Decreto Legislativo Nº 1057y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM y modificado por el Decreto Supremo N° 065-2011-PCM, para lo cual adjunto lo siguiente:

1. Anexo N° 01
2. Copia simple Documento Nacional de Identidad
3. Anexo N° 02 y 03.
4. Hoja de Vida (Currículum Vitae) documentado,

Sin otro particular, quedo de usted;

|  |
| --- |
|  |

Cordialmente,

……………..……………………

(nombre)

|  |
| --- |
| HOJA DE VIDA |

1. **DATOS PERSONALES. –**

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

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

DOCUMENTO DE IDENTIDAD : DNI

DIRECCIÓN DOMICILIARIA :

CELULAR :

### CORREO ELECTRONICO :

COLEGIO PROFESIONAL :

REGISTRO N° :

RUC N° :

|  |  |
| --- | --- |
| **BONIFICACIONES** | **N° DE FOLIO** |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD :** SÍ ( ) NO ( )  En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento sustentatorio, emitido por el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS |  |
| **LICENCIADO DE LAS FF.AA.:**  SÍ ( ) NO ( )  En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento sustentatorio, emitido por el Ministerio de Defensa |  |
| **DEPORTISTA CALIFICADO:** SI ( ) NO ( ) |  |

**II. FORMACIÓN ACADÉMICA.-**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIVEL ALCANZADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **PROFESION/ ESPECIALIDAD** | **DOCUMENTO QUE SUSTENTA** | **N° DE FOLIO** |
| DOCTORADO |  |  |  |  |
| EST.CONCLUIDOS DOCTORADO |  |  |  |  |
| MAESTRIA |  |  |  |  |
| EST.CONCLUIDOS MAESTRIA |  |  |  |  |
| TITULO |  |  |  |  |
| BACHILLER |  |  |  |  |
| TÍTULO TÉCNICO |  |  |  |  |

**III. CAPACITACIONES.-**

**Estudios o cursos complementarios relacionados al cargo: Especialización, Programas, Diplomados**

**con una duración mínima de 100 horas lectivas.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINACION DEL ESTUDIO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **HORAS LECTIVAS** | **DOCUMENTO QUE SUSTENTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(Agregue más filas si fuera necesario)

**b) Cursos de capacitación relacionados al cargo realizado en los últimos cinco (05) años con una**

**duración mínima de 24 horas lectivas.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINACION DEL ESTUDIO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **HORAS LECTIVAS** | **DOCUMENTO QUE SUSTENTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(Agregue más filas si fuera necesario)

1. **EXPERIENCIA DE TRABAJO**

**Experiencia General**

###### **Experiencia general acumulada que se califica en total**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCION** | **CARGO** | **TIEMPO LABORADO** | | | **DOCUMENTO QUE SUSTENTE** |
| **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(Agregue más filas si fuera necesario)

**Experiencia Especifica para el cargo que postula**

###### **Experiencia especifica acumulada que se califica en total**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCION** | **CARGO** | **TIEMPO LABORADO** | | | **DOCUMENTO QUE SUSTENTE** | **N° DE FOLIO** |
| **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(Agregue más filas si fuera necesario)

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

QUILLABAMBA, …………..DE ABRIL DE 2024

|  |
| --- |
|  |

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

Firma del Postulante

**Anexo Nº 03**

**DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE**

El/La que suscribe ………………………………………………………………………… identificado(a) con DNI Nº ……………………, domicilio legal en el ……………………………………………………………………………………………………………………………………. teléfono…………………….… de nacionalidad …………………………………….., mayor de edad, de estado civil ……………………………………, de profesión ………………………………………………………………………………………………….., con carácter de declaración jurada manifiesta lo siguiente:

1. **NO** contar con Licencia con o sin goce de remuneraciones o estar en uso del descanso vacacional otorgado en razón del vínculo laboral existente con alguna entidad del Estado, así como percibir ingresos del Estado, a partir de la vigencia del contrato, de resultar ganador del proceso de selección, salvo por función docente o dieta por participación en un Directorio de Entidades o Empresas públicas.
2. **NO** tener inhabilitación Administrativa o Judicial para el ejercicio de la Profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública.
3. **NO** haber sido sancionado administrativamente en los últimos cinco (05) años anteriores a la postulación.
4. **NO** estar comprendido en Procesos Judiciales por delito doloso.
5. **NO** tener impedimento expresamente previsto por las disposiciones Legales y reglamentarias pertinente, para ser postor o contratista y/o para postular, acceder o ejercer el servicio, función o cargo convocado por el Hospital de Quillabamba
6. **NO** tener antecedentes penales o policiales
7. **NO** contar con proceso judicial vigente en contra del Hospital de Quillabamba
8. **NO** ser funcionario de Organismos Internacionales.
9. **NO** tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o razón de matrimonio, con funcionarios que gozan de facultad de nombramiento y/o contratación de personal o que tengan injerencia directa o indirecta en el Proceso de Selección del Hospital de Quillabamba
10. **NO** encontrarse inmerso en ninguno de los supuestos establecidos en la Ley Nº 29988.
11. **NO** contar con Deudas por concepto de alimentos por adeudar tres (03) cuotas, sucesivas o no, de obligaciones alimentarias establecidas en sentencias consentidas o ejecutoriadas, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, o por adeudos de pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, durante el proceso judicial de alimentos que no han sido cancelados en un período de tres (03) meses desde que son exigibles.
12. Gozar de buena salud.

Así también, todo lo contenido en mi Currículum Vitae y los documentos que lo sustentan son verdaderos, sometiéndome a la fiscalización posterior que considere el Hospital de Quillabamba.

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV, numeral 1.7 y 42º de la Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobada por la Ley Nº 27444, sujetándose a las acciones legales yo penales que correspondan de acuerdo a la legislación vigente, en caso de verificar su falsedad.

Quillabamba, ……. de ABRIL de 2024

|  |
| --- |
|  |

……….…………………………………….……