

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CONVOCATORIA CAS N° -2025-CECAS-HHUT/DRST/GOB.REG.TACNA

Señor:

Presidente/a del Comité de Evaluación de Contrato Administrativo de Servicios - CAS del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Yo,.....D.N.I. N°.....

Domiciliado(a) en..... de la Ciudad de.....,

con teléfono celular Correo electrónico.....

Ante usted, expongo lo siguiente:

Que, habiéndose publicado la Convocatoria CAS N°.....-2025-CECAS-HHUT/DRST/GOB.REG.TACNA, solicito se me considere como postulante para concursar en el:

PUESTO DENOMINADO: **REG. AIRHSP N°**.....

UBICACIÓN DEL PUESTO:, para lo cual adjunto mi Currículum vitae documentado, foliado y firmado, además los documentos exigidos para tal efecto y declaro bajo juramento no estar inmerso en las prohibiciones de Ley.

LLENAR EL SIGUIENTE RECUADRO, SEGÚN CORRESPONDA:

	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	QUINTIL	FOLIO N°
SERUMS:					

"MARQUE"

Constancia de haber cumplido el Servicio Militar (acuartelado):	SI:		NO:	
Certificado de Discapacidad:	SI:		NO:	
Certificación de Reconocimiento como Deportista Calificado:	SI:		NO:	

POR LO EXPUESTO:

Pido dar curso a la presente por ser legal.

Tacna,.....de.....del.....

.....
Firma del postulante
y huella digital
D.N.I. N°.....

NOTA: EN CASO DE NO CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DEL PUESTO O REG. AIRHSP O UBICACIÓN DE LA MISMA AL CUAL POSTULA, SE DECLARARÁ COMO NO APTO, QUEDANDO ELIMINADO DE LA CONVOCATORIA.



DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe.....
Identificado con D.N.I N°..... RUC N°.....
con domicilio real en.....
Teléfono Celular N°..... Correo Electrónico.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No encontrarme con sanción vigente en el sector público o privado, (de haberlo sido deberá adjuntar su rehabilitación).
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuese el caso).
3. No encontrarme inhabilitado para ejercer cargo en el Estado.
4. No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD.
5. No tener antecedentes policiales ni penales.
6. Gozar de buena salud física y mental.
7. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
8. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato.
9. Que la información detallada en mi Currículum Vitae, así como los documentos que se incluyen, son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad, en aplicación del principio de presunción de veracidad previsto en el Artículo IV del Texto único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Tacna,..... de.....del.....

.....
Firma del declarante
y huella digital

DECLARACIÓN JURADA

NEPOTISMO - LEY N° 26771 D.S. N° 021-2000-PCM, O.S. N° 017-2002-PCM, D.S. N° 034-2005-PCM

El que suscribe.....
 Identificado con D.N.I N°..... Con domicilio real en.....
 Teléfono Celular N°.....
 Correo Electrónico..... Estado Civil

Natural del Distrito de..... Provincia de

Departamento de

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO TENER PARIENTES en la Institución, familiares hasta el 4to grado de consanguinidad, 2do 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 Hipólito Unanue de Tacna.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N°26771 y su Reglamento aprobado por D.S. N°021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

EN CASO DE TENER PARIENTES en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, a quien(es) me une la relación o vínculo de afinidad o consanguinidad, vínculo matrimonial o unión de hecho, señalar en el siguiente recuadro:

APELLIDOS Y NOMBRES	ÓRGANO O UNIDAD ORGÁNICA DONDE LABORA	RELACIÓN QUE LO VINCULA

Manifiesto, que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo estipulado en el artículo 438° del Código Penal, que señala pena privativa de libertad no menor de dos ni mayor de cuatro años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad.

Tacna,..... de.....del.....

.....
 Firma del declarante
 y huella digital

ORDEN DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

CONVOCATORIA CAS N°.....-2025-CECAS-HHUT/DRST/GOB.REG.TACNA

LOS DOCUMENTOS SERÁN PRESENTADOS POR LOS POSTULANTE EN FILE COLOR CLÁSICO, DEBIENDO CONSIGNAR EN LA PARTE SUPERIOR DERECHA LOS APELLIDOS Y NOMBRES ASÍ COMO EL PUESTO AL CUAL POSTULA, SEGÚN EL SIGUIENTE MODELO:

APELLIDOS Y NOMBRES:.....
PUESTO AL CUAL POSTULA:.....

1. SOLICITUD (Anexo N°001)

1ER. SEPARADOR

2. FOTOCOPIA DE D.N.I. VIGENTE, AMPLIADO EN A-4
3. DECLARACIONES JURADAS (Anexo N°002 y 003)
4. FICHA DE VACUNACIÓN DE LAS 03 DOSIS POR COVID-19
5. CONSTANCIA DE REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTE RUC (SUNAT)
6. RESUMEN DESCRIPTIVO CURRÍCULUM VITAE (OPCIONAL)
7. LICENCIADO DEL SERVICIO MILITAR ACUARTELADO Y NO ACUARTELADO (En caso que corresponda)
8. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. (En caso que corresponda)
9. CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO EXPEDIDA POR EL I.P.D. (En caso que corresponda).

2DO. SEPARADOR

PARA EL CASO DE PROFESIONALES

10. TÍTULO UNIVERSITARIO
11. TÍTULO DE ESPECIALIDAD
12. COLEGIATURA
13. CERTIFICADO DE HABILITACIÓN PROFESIONAL (**ORIGINAL Y VIGENTE**)
14. RESOLUCIÓN TÉRMINO DE SERUMS
15. TÍTULO Y/O CONSTANCIAS DE MAESTRIAS, DOCTORADOS.

PARA EL CASO DE TÉCNICOS

16. TÍTULO DE I.S.T. o CONSTANCIA DE EGRESADO.

3ER. SEPARADOR

17. CAPACITACIÓN: DIPLOMADOS Y CURSOS DE LOS ÚLTIMOS CINCO (05) AÑOS.
18. CERTIFICADOS DE IDIOMAS Y COMPUTACIÓN E INFORMÁTICA.
19. MÉRITOS
20. DOCENCIA
21. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.

4TO. SEPARADOR

22. EXPERIENCIA LABORAL ORDENADO CRONOLÓGICAMENTE
(Del más antiguo al actual /de arriba hacia abajo)
RESALTAR FECHA DE INICIO Y TÉRMINO Y LUGAR DONDE TRABAJÓ.

NOTA: *El expediente a presentar debe estar foliado con números de atrás hacia adelante y firmado en cada hoja.*



HHUT
HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA