**ESQUELA DE POSTULACIÓN (\*)**

**RED INTEGRADA DE SALUD JAEN**

**CONCURSO PÚBLICO DE CONTRATACIÓN POR TERCEROS-2024-GR.CAJ/DSRSJ**

**sh**

**NOMBRES Y APELLIDOS: …**

**DNI:**

**PROFESIÓN:**

**CARGO AL QUE POSTULA:**

**N° DE FOLIOS:**

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

**SOLICITO: INSCRIPCIÓN PARA EL CONCURSO PÚBLICO DE CONTRATACIÓN POR TERCEROS-2024-GR.CAJ/DSRSJ**

**RED INTEGRADA DE SALUD JAEN**

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO PÚBLICO DE CONTRATACIÓN POR TERCEROS -2024-GR.CAJ/DSRSJ, DE LA RED INTEGRADA DE SALUD JAEN

Presente.-

Yo; ……………………………………………………………………., identificado(a) con Documento Nacional de Identidad N° ……………..., con domiciliado en: ………………………………………..., ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, enterado(a) de los requisitos y condiciones que establece el proceso de selección del Concurso Público de Contratación por Terceros -2024-GR.CAJ/DSRSJ, de la Red Integrada de Salud Jaén, publicada en su página Web y en la Sede Institucional, solicito a Usted mi inscripción, y por lo tanto, considéreme como postulante para el cargo de: y el lugar de la prestación del servicio en **Red Integrada de Salud Jaén,** para lo cual adjunto mi expediente sustentado con los requisitos que consta de …….. folios.

Y teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la comisión que Usted preside, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

Por lo antes expuesto.

Solicito a Usted, aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

Jaén, de de 2024.

Huella Dactilar

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

Firma del Postulante

DNI N° …………….

**FORMATO N°01**

**HOJA DE VIDA**

**I.DATOS PERSONALES**:

Nombres y Apellidos :

Lugar y Fecha de Nacimiento :

Estado Civil :

Tipo de Documento de Identidad :

Número de Documento de Identidad :

Registro Único de Contribuyentes :

Dirección :

Distrito :

Provincia :

Departamento :

Número de Celular :

Correo electrónico :

Colegio Profesional Registro N° :

Persona con Discapacidad N° CONADIS :

Licenciado en las fuerzas armadas : SI ( ) NO ( X )

**ll. ESTUDIOS REALIZADOS:**

Deberá adjuntar los documentos que sustentes lo detallado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio correspondiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRADO O TÍTULO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO** | **CIUDAD/PAÍS** | **N° DE FOLIOS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**III. CURSOS O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:**

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio correspondiente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO** | **NOMBRE** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **FECHA DE INICIO / FIN** | **CIUDAD/PAÍS** | **N° DE FOLIOS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**IV. EXPERIENCIA LABORAL:**

* 1. **Experiencia Laboral:**

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple) e indicar el N' de folio correspondiente.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** | **TIEMPO EN EL CARGO** | **FOLIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Para el cálculo final del tiempo de experiencia se ha considerado: 1 año =365 días, 01 mes= 30 días

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y en caso lo consideren necesario autorizo su investigación, sometiéndome a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

**FECHA DE INSCRIPCIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Firma** | **Huella** |

**FORMATO N° 02**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD.**

Yo, …………………………………………………………………., identificado(a) con DNI …………… , declaro bajo juramento, no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD

Jaén, de de 2024.

Huella Dactilar

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

Firma del Postulante

DNI N° ……………

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la "Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD". En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

**FORMATO N° 03**

**DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y DE BUENA SALUD**

Yo; ………………………………………………………………..., identificado(a) con Documento Nacional de Identidad N°……………, con domiciliado en …………………………………………………

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que, **gozo de buen estado de salud física y mental.**

Asimismo, **no tengo antecedentes policiales, penales** **ni judiciales.**

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y del artículo 51º del TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Jaén, de de 2024.

Huella Dactilar

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

Firma del Postulante

DNI N° …………

**FORMATO 04**

**DECLARACION JURADA**

Yo; ………………………………………………………………………………, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad N° ……......, con domiciliado en: ……………………………………..

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

1. **( x )** No encontrarse sancionado en ninguna entidad pública, de haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación.
2. **(x )** No encontrarse inhabilitado o sancionado por su colegio profesional, si fuere el caso.
3. **( x)** No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido, en los últimos doce meses anteriores al Concurso.
4. **( x )** No tener antecedentes policiales, judiciales ni penales.
5. **( x )** No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
6. **(x )** No percibir ingresos del Estado, bajo otra modalidad.
7. **( x)** De compromiso de disponibilidad inmediata a la suscripción del contrato.

Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente declaración jurada.

Jaén, de del 2024.

Huella Dactilar

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

Firma del Postulante

DNI N° ……………..

**ORDEN DE EXPEDIENTE**

* SOLICITUD
* FORMATO 01
* COPIA DNI
* CURRICULUM VITAE

HOJA DE VIDA

TITULO Y/O BACHILLER Y/O CONSTANCIA DE EGRESADO

CERTIFICADOS DE CAPACITACION

CONSTANCIAS DE TRABAJO (ORDENES DE SERVICIO O RECIBOS POR HONORARIOS)

* FORMATO 02
* FORMATO 03
* FORMATO 04
* RUC
* CCI
* CONSTANCIA DE VINCULACION
* RNP
* SCTR
* ANEXO 4
* ANEXO 6
* ANEXO 7
* ANEXO 8
* ANEXO 9
* ANEXO 10
* ANEXO 11

**FOLIADO** (empezando desde la última hoja, en la parte superior derecha)