



GOBIERNO  
REGIONAL  
DE  
CAJAMARCA

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD  
CAJAMARCA



**FORMATO ÚNICO DE POSTULACIÓN**

La información contenida en el presente documento tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA. La Dirección Regional de Salud Cajamarca tomará en cuenta la información consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo las verificaciones y fiscalizaciones posteriores o simultáneas correspondientes; así como solicitar la acreditación de la misma. En caso de detectarse que se ha consignado información falsa, se procederá con las acciones legales que sean a lugar, por lo que se recomienda solo consignar información verdadera.

TIPO DE CONTRATO DL. 1057- CAS ( )	NÚMERO Y NOMBRE DEL PROCESO	TOTAL DE FOLIOS
--	-----------------------------	-----------------

1. DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS /DEPARTAMENTO)		ESTADO CIVIL	
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)		EDAD		DOMICILIO ACTUAL					
				DIRECCIÓN		N°	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
DOCUMENTOS									
TIPO		N° DOCUMENTO		N° RUC		N° BREVETE		CATEGORÍA	
DNI <input type="checkbox"/>	CARNÉ DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>								
NÚMERO DE TELEFONO					CORREO ELECTRÓNICO				
FIJO:		CELULAR:							

2. FORMACIÓN EDUCATIVA (Señale el grado académico o nivel de estudios máximo obtenido y SEÑALE EL NRO DE FOLIO EN SE ENCUENTRA CADA UNO DENTRO DEL EXPEDIENTE)

GRADO ACADÉMICO O NIVEL DE ESTUDIOS OBTENIDO / CICLO	ESPECIALIDAD	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL GRADO O TÍTULO (MES/AÑO)	MÉRITO OBTENIDO (TERCIO, QUINTO SUPERIOR U OTROS)

(Puede insertar más filas si lo requiere)

3. ESTUDIOS DE POSGRADO Y/O ESPECIALIZACIÓN (Maestría, Doctorado, Certificaciones, Diplomados, Especializaciones u otros) (SEÑALE EL NRO DE FOLIO EN SE ENCUENTRA CADA UNO DENTRO DEL EXPEDIENTE)

DESCRIPCIÓN	INSTITUCIÓN	INICIO (mm/aa)	FIN (mm/aa)	FECHA DE CERTIFICACIÓN (mm/aa)	HORAS LECTIVAS

(Puede insertar más filas si lo requiere)

4. CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS Y/U OTROS REQUISITOS SOLICITADOS EN EL PERFIL: (De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria)

CAPACITACIONES ( SE CONSIDERARAN DESDE EL 2013 AL 2018 - ULTIMOS 05 AÑOS)	
1)	4)
2)	5)
3)	6)

(Puede insertar más filas si lo requiere)

5. CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS E IDIOMAS: (De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria, indique el nivel máximo alcanzado: BASICO , INTERMEDIO, AVANZADO)

INFORMÁTICA		
WORD	EXCEL	POWER POINT
OTROS (ESPECIFIQUE)	1)	3)
	2)	4)

IDIOMAS	NIVEL
1) INGLÉS	
2)	

(Puede insertar más filas si lo requiere)

6. EXPERIENCIA LABORAL: De la más reciente a la más antigua y de acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria. Considerar sólo la experiencia en los últimos 10 años.

NOMBRE DE LA ENTIDAD	ÁREA	CARGO	FUNCIONES PRINCIPALES	FECHA DE INICIO (DIA/MES/AÑO)	FECHA DE FIN (DIA/MES/AÑO)	TIEMPO DE SERVICIO (AÑOS-DÍAS)	TIPO DE CONTRATO	MOTIVO DE CESE	NRO DE FOLIO EN EL EXP.

(Puede insertar más filas si lo requiere)

7. OTROS DATOS

¿CUENTA CON COLEGIATURA VIGENTE?	¿POSEE DISPONIBILIDAD INMEDIATA?	¿CUENTA CON DISPONIBILIDAD PARA LABORAR EN HORARIOS RORATIVOS?	¿POSEE REGISTRO DE DISCAPACIDAD DE COÑADIS?	¿ACREDITA SER LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS?
SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )

Nº DE COLEGIATURA:

8. ANTECEDENTES

¿Trabaja o ha trabajado anteriormente en la sede administrativa o redes de la Unidad Ejecutora 400-785 de la Dirección Regional de salud Cajamarca?	SI ( ) NO ( )
¿Participa o ha participado en alguna Modalidad Formativa de la Dirección Regional de Dirección Regional de Salud Cajamarca? Si es afirmativa señale cual: Programa Prácticas Pre- Profesionales ( ) Programa Prácticas Profesionales ( )	SI ( ) NO ( )
¿Tiene Familiares Directos dentro del 4to grado de consanguinidad y 2do de afinidad (cónyuge, conviviente, padre, madre, hijo, hermanos, nietos, abuelos, tíos, hermanos de padres, sobrinos, hijos de hermanos, primos hermanos, padrastro, madrastra, hijastro, suegros, yernos, nueras, hermanastros, cuñados) desde administrativa o redes de la Unidad Ejecutora 400-785 de la Dirección Regional de salud Cajamarca? De ser afirmativo señale nombre y parentesco:	SI ( ) NO ( )
¿Se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD?	SI ( ) NO ( )
¿Se encuentra dentro del Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM?	SI ( ) NO ( )
¿Cuenta con antecedentes penales, policiales y/o judiciales?	SI ( ) NO ( )

9. DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTOS NI PROHIBICION PARA CELEBRAR CONTRATOS CON EL ESTADO Ley 26771 y DS 021-2000-PCM / DL. 1057 Y DS. 075-2008-PCM(CAS)

¿Declara estar inhabilitado administrativa o judicialmente para el ejercicio de la profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública?	SI ( ) NO ( )
¿Declara percibir simultáneamente remuneración y pensión, u honorarios por concepto de locación de servicios, asesorías o consultorías, o cualquier otra doble percepción o ingresos del Estado, salvo por el ejercicio de la actividad docente y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas, o por ser miembro únicamente de un órgano colegiado?	SI ( ) NO ( )
¿Declara tener grado de parentesco hasta el 4º grado de consanguinidad o 2º de afinidad y por razón de matrimonio o por unión de hecho, con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la Dirección Regional de Salud Cajamarca que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal o tenga injerencia directa o indirecta en el proceso de selección?	SI ( ) NO ( )
¿Declara tener impedimento para ser postor o contratista del Estado, de acuerdo a las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia? Sólo para Contratos Administrativos de Servicios (CAS)	SI ( ) NO ( )

10. DECLARACION JURADA DE LABORAR EN ENTIDADES PUBLICAS LEY N°27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General / Resolución de Contraloría N°0120-2000-CG

He brindado servicios en la(s) siguiente(s) Entidad(es) Pública(s):

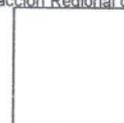
Nombre de la Entidad	Dirección	Período de Servicio: INICIO	Período de Servicio: FIN	Cargo(s) Desempeñado (s)	Motivo del Cese: marque con un aspa "X"		
					A. Renuncia	B. Destitución	C. Falta Grave
1)					D. Por incapacidad	E. Reorganización	F. Despido
					G. Renuncia con Incentivos: a) Económicos b) Impedimento de Ingreso o Reingreso a la Administración Pública c) Cuantos años inhabilitado.	H. Término de Contrato	I. Cese por Bajo Rendimiento Laboral
					A. Renuncia	B. Destitución	C. Falta Grave
2)					D. Por incapacidad	E. Reorganización	F. Despido
					G. Renuncia con Incentivos: a) Económicos b) Impedimento de Ingreso o Reingreso a la Administración Pública c) Cuantos años inhabilitado.	H. Término de Contrato	I. Cese por Bajo Rendimiento Laboral
					A. Renuncia	B. Destitución	C. Falta Grave

En caso no haya prestado servicio en la Administración Pública, marque:

Firmo la presente **DECLARACIÓN JURADA** en señal de conformidad y de cumplimiento con **TODOS** los requisitos solicitados en la presente convocatoria así como declaro contar con la acreditación correspondiente a dichos requisitos y **ACEPTO** que en caso se detecte que he omitido, ocultado o consignado información falsa, la Dirección Regional de Salud Cajamarca procederá con las acciones administrativas y/o penales que correspondan.

Ciudad de ..... del año .....; del mes de ..... del día .....

DNI: ..... FIRMA: .....



Huella Digital