



ANEXO N° 01

Señores
Red de Salud Huarochiri
Atención. Comité de Proceso CAS para Evaluación y Selección de Personal

CONVOCATORIA CAS D.U. N° 005-2022

Objeto del Contrato y/o cargo: _____

Proceso N°: _____

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

N° de Folios Presentados: _____



ANEXO N° 02

DECLARACION JURADA

El que suscribe,..... identificado con
DNI N°....., RUC N°..... y con domicilio real en
....., Estado
Civil..... natural del Distrito de,
Provincia de Departamento de.....,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No encontrarme sancionado en ninguna entidad pública, (De haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere 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 encontrarme *incurso* en caso de Nepotismo.
6. No tener antecedentes policiales ni penales.
7. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
8. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato, y no contar con vínculo con el Estado en otra entidad pública.
9. Encontrarme en buen estado de salud, clínicamente apto.
10. Que la información detallada en mi Currículo 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.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022



Huella Digital

FIRMA DEL DECLARANTE

Apellidos:.....

Nombres:.....

DNI N°:.....



ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA

La (el) que suscribe _____,
identificado con DNI N° _____, con domicilio en
_____, de nacionalidad
_____, mayor de edad, de estado civil _____, de profesión
_____, con carácter de Declaración Jurada manifiesto lo siguiente:

1. NO tener antecedentes Penales¹, Policiales, ni Judiciales.
2. Gozar de Buena Salud Física y Mental.
3. NO Estar inhabilitado para contratar con el Estado.
4. NO tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970
5. NO estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD.
6. NO encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional,
7. NO encontrarme en proceso judicial vigente en contra de los establecimientos de salud de la Red de Salud de Huarochiri,

Declaro bajo juramento, someterme a las disposiciones de las Bases que regula el presente Proceso de Selección para la Contratación de Personal bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.

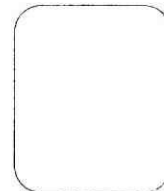
Así también, declaro que todo lo contenido en mi Hoja de Vida y los documentos que lo sustentan son verdaderos; de no ser así me someto a las disposiciones legales correspondientes.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Ricardo Palma, _____ de _____ del 2022

FIRMA DEL DECLARANTE

Apellidos:.....
Nombres:.....
DNI N°:.....



Huella Digital

¹ Ley N°29607



ANEXO N° 04

DECLARACION JURADA DE PERTENECER A GRUPO DE FACTOR DE RIESGO POR PROPAGACION DEL COVID-19

Yo,..... identificado/a con número de DNI N°....., postulante al proceso de selección CAS COVID N°....., para el cargo de :....., cuyas funciones las desarrolla en base a las condiciones y lugar establecido en la convocatoria bajo el estricto respeto del derecho a la intimidad que la ley me confiere y con carácter de confidencialidad, declaro ante usted las siguientes respuestas:

¿Usted se encuentra en alguno(s) de los siguientes factores de riesgo?

FACTOR DE RIESGO	MARCAR
❖ Edad Mayor De 65 Años	
❖ Hipertensión Arterial No Controlada	
❖ Enfermedades Cardiovasculares Graves	
❖ Cáncer	
❖ Obesidad IMC >=40	
❖ Diabetes Mellitus	
❖ Asma moderada grave	
❖ Enfermedad pulmonar crónica	
❖ insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis	
❖ Enfermedad o tratamiento inmunosupresor	
❖ Embarazada o en periodo de lactancia	
❖ Ninguno	



En caso que se encuentre incurso en algunas de las enfermedades que se indica en el cuadro anterior, indicar la medicación que se encuentra recibiendo. _____

_____. Todos los datos expresados en el presente documento constituyen declaración jurada de mi parte, aceptando las responsabilidades que puedan derivarse si algún dato declarado fuese falso.

Asimismo, autorizo a la Entidad, el uso confidencial de la información brindada, solo y exclusivamente para los fines de salvaguardar la salud y bienestar de los trabajadores en caso me incorpore a la entidad.

Ricardo Palma, _____ de _____ del 2022

FIRMA DEL DECLARANTE
NOMBRES Y APELLIDOS

ANEXO N° 05

DECLARACION JURADA DE NEPOTISMO

El que suscribe
 identificado con DNI N°, con RUC N° domiciliado en
 declara bajo juramento:
 No tener grado de parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con personal que preste y/o prestó servicio en el RED DE SALUD HUAROCHIRI, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicio o Contratos de Administración de Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad-Honorem.



EN CASO DE TENER PARIENTES EN LA RED DE SALUD HUAROCHIRI

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia (Departamento) de la RED DE SALUD HUAROCHIRI, presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:



APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O SERVICIO



Lo que declaro para su verificación y fines pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Ricardo Palma, _____ de _____ del 2022

FIRMA DEL DECLARANTE

NOMBRES Y APELLIDOS:.....

DNI N°



ANEXO N° 06

DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe , identificado con DNI N° , con RUC N° domiciliado en contratado/nombrado con Resolución/Contrato N° de fecha , bajo el cargo de declaro bajo juramento:

- ❖ No tener impedimento para ocupar un cargo de confianza en el Estado.
- ❖ Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- ❖ Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
- ❖ Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- ❖ No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
- ❖ No percibí otra remuneración o ingreso del Estado.

Ricardo Palma, de del 2022.



FIRMA DEL DECLARANTE
NOMBRES Y APELLIDOS:.....
DNI N°

ANEXO N° 07

DECLARACIÓN JURADA REGÍMENES PREVISIONALES

LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:

El que suscribe, identificado con DNI N°, con RUC N° domiciliado en declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún Régimen Público o Privado (D.L. 20530 o D.L. 19990 o AFP).

LLENAR EN CASO DE SER PENSIONISTA:

En caso de pertenecer a algún régimen pensionario, declaro bajo juramento ser pensionista (marcar con X según corresponda):

- 1. 20530
Entidad
- 2. D.L. 19990 - Oficina de Normalización Provisional
- 3. Otros indicar

Me comprometo a suspender mi pensión detalla en líneas arriba, con el fin de poder prestar servicios en la entidad baja la modalidad de Contrato Administrativo de Servicio (CAS).

Nombres y Apellidos:
D.N.I. N°:
Domicilio:.....

Ricardo Palma, de del 2022

Firma
DNI N°

ANEXO N° 08

DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE PENSIONES

Yo, identificado con
DNI N° declaro bajo juramento:

✓ Mi consentimiento de afiliarme:

Régimen Nacional de Pensiones ONP

Régimen Privado de Pensiones – AFP

AFP

✓ Que me encuentro afiliado al siguiente régimen:

Régimen Nacional de Pensiones ONP Fecha de Inscripción:

Régimen Privado de Pensiones – AFP

✓ Que soy pensionista actualmente en

Régimen Nacional de Pensiones ONP

Régimen Privado de Pensiones – AFP

Y proceder así, a los descuentos respectivos por ser un nuevo Contrato Administrativo de Servicio, según Decreto Legislativo 1057 (Artículo N° 6, índice 6.2) y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo 075-2008-PCM (Artículo 10 Índice 10.2; y en el caso de ser pensionista no es obligatorio la afiliación).

Ricardo Palma, de del 2022

Firma


DNI N°

ANEXO N° 09


DECLARACIÓN JURADA CÓDIGO DE ÉTICA


(Ley N° 27815 "Ley de Ética de la Función Pública" y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM
"Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública")

**DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE
LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN
PÚBLICA Y SU REGLAMENTO**

 Por la presente yo, identificado con DNI N°, domiciliado en, distrito....., provincia....., departamento.....

DECLARO QUE:

 He recibido un ejemplar de la Ley N° 27815 "Ley del Código de ética de la Función Pública", así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública".

 Tengo conocimiento del contenido y lo estipulado en el Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento.

Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública", donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022

Firma

DNI N°.....



ANEXO N° 10

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo,, identificado con DNI N°..... en calidad de trabajador, declaro bajo juramento:

Guardar la reserva del caso respecto de información privilegiada a la que pudiera acceder y a no divulgar ni utilizar información que, pese a no tener carácter de reserva por norma expresa, pudiera resultar privilegiada en su contenido y ser utilizada en beneficio propio o de terceros con el consiguiente perjuicio a la RED DE SALUD HUAROCHIRI y al ESTADO.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con la RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, declaro bajo juramento que aceptaré los impedimentos señalados en la Ley N° 27588.

En caso incumpla lo declarado en la presente, me someteré a las medidas, sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el DS. N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiera lugar.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022

Firma

DNI N°.....



ANEXO N° 11

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES

Yo,..... identificado (a)
con DNI N°..... ante usted me presento y digo:

Que, DECLARO BAJO JURAMENTO, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada del 26 de octubre del 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada solicitado tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente Declaración Jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022

Firma

DNI N°.....



ANEXO N° 12

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES NI JUDICIALES

Yo,..... identificado con DNI N° y con domicilio en distrito....., provincia..... departamento.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registrar antecedentes policiales y No registrar antecedentes Judiciales, a nivel nacional. Asimismo, tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporciono, autorizo a la Red de Salud de Huarochiri a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente Declaración Jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022

Firma

DNI N°.....



FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ
Denominación: Técnico en Enfermería
Nombre del puesto: Técnico en Enfermería
Dependencia Jerárquica Lineal: Dirección/Oficina/Jefe del Establec. de Salud/Departamento/Servicio/Unidad
Dependencia Jerárquica funcional: Profesionales de la Salud
Puestos que supervisa: NO APLICA

MISIÓN DEL PUESTO

Realizar actividades de apoyo administrativo y apoyo en los procedimientos básicos en la asistencia y seguimiento a los usuarios de los servicios de salud, en coordinación con el equipo profesional multidisciplinario del establecimiento de salud, apoyando en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en establecimientos de salud según nivel de atención.

FUNCIONES DEL PUESTO

- Participar, realizar, apoyar y cumplir con las actividades y tareas en los servicios de salud, referidos a los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo, familia y comunidad, de acuerdo a su competencia laboral y con responsabilidad, bajo la supervisión profesional que corresponda.
 - Participar, asistir y cumplir con la ejecución de trabajos de campo, visitas domiciliarias y/u otra planificadas y establecidas en las normas para la atención de la persona, familia o comunidad
 - Apoyar y participar en la toma de muestras para análisis e investigaciones en los campos clínicos, químicos y otros similares, indicados por el profesional competente, según corresponda.
- Realizar la limpieza y desinfección del material, instrumental y equipos que se utilizan en los establecimientos de salud para el tratamiento, atención, diagnóstico, rehabilitación o recuperación de la salud, según normas establecidas, bajo la supervisión profesional que corresponda.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas
 Profesionales de la salud, Jefe del establecimiento de salud, otras áreas y servicios.

Coordinaciones Externas
 Organizaciones e Instituciones Locales, Líderes y agentes comunitarios de salud, actores sociales.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Titulo de Técnico
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	
<input type="checkbox"/> Doctorado	

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí No

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

Conocimientos vinculados a las funciones del puesto

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	X			
Excel	X			
Powerpoint	X			

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	X			
.....				
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.
 01 año, mínimo

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional
 Auxiliar o Asistente
 Analista / Especialista
 Supervisor / Coordinador
 Jefe de Área o Dpto
 Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

01 año, mínimo

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público
 NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

** En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.*

01 año, mínimo

** Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.*

NINGUNO

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Orientación al servicio





FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ
Denominación: Enfermera/o
Nombre del puesto: Enfermera/o
Dependencia Jerárquica Lineal: Dirección/Oficina/Jefe del Establec. de Salud/Departamento/Servicio/Unidad
Dependencia Jerárquica funcional: NO APLICA
Puestos que supervisa: NO APLICA

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención y asistencia en las estrategias sanitarias en el campo asistencial de enfermería al individuo, familia y comunidad, contribuyendo en el cuidado de su salud en los establecimientos de salud según su nivel atención.

FUNCIONES DEL PUESTO



1. Evitar los riesgos de exposición al COVID-19.
2. Aplicar a cada paciente, al regreso o reincorporación, la ficha de sintomatología COVID-19 que debe ser respondida en su totalidad.
3. Brindar asistencia como enfermera para el cuidado de pacientes de Coronavirus 19, de acuerdo a guías y procedimientos establecidos.
4. Encargarse del control de la temperatura (toma y registro) de la población.
5. Aplicar las pruebas serológicas o moleculares para el Covid-19 según las normas del Ministerio de Salud (Minsa) a los pacientes, así como de las personas que se reincorporan a puestos de trabajo con muy alto, alto y mediano riesgo de exposición al virus.
6. Aplicar las pruebas serológicas o moleculares para el Covid-19 según las normas del Ministerio de Salud (Minsa) a los pacientes, así como de las personas que se reincorporan a puestos de trabajo con muy alto, alto y mediano riesgo de exposición al virus.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas
Profesionales de la salud, Jefe del establecimiento de salud, otras áreas y servicios.

Coordinaciones Externas

Organizaciones e Instituciones Locales, Líderes y agentes comunitarios de salud, actores sociales.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Titulo de Técnico
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Técnica Superior (3 ó 4 años)

Universitario

Maestría Egresado Titulado

Doctorado Egresado Titulado

Sí No

Sí No

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

Conocimientos vinculados a las funciones del puesto

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	X			
Excel	X			
Powerpoint	X			

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	X			
.....				
.....				



EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

01 año, mínimo



Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional Auxiliar o Asistente Analista / Especialista Supervisor / Coordinador Jefe de Área o Dpto Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

01 año, mínimo



En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

01 año, mínimo

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

NINGUNO

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Orientación al servicio