



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección
Regional de Salud
Tumbes



ANEXO N° 08

FORMATO DE CARTA DE POSTULACION

Señores:

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE TUMBES

Presente.-

Yo, identificado/a con DNI N°,
mediante la presente le solicito se me considere para participar como postulante en el
Concurso Publico de Méritos CAS N°, convocado por la Dirección
Regional de Salud de Tumbes, a fin de acceder al Puesto cuya denominación es:
....., para el EE.SS:

Para lo cual, adjunto los siguientes documentos **debidamente foliados** en el siguiente
orden:

1. Carta de Postulación (**Anexo 08**).
2. Copia de Documento Nacional de Identidad – DNI.
3. Certificado de Salud Mental emitida por el MINSA.
4. Declaración Jurada de antecedentes judiciales, policiales y penales, sujeto a fiscalización posterior, conforme a la Ley N° 27444. (**Anexo 09**).
5. Declaración jurada de gozar de buena salud, no tener morbilidad y/o otro factor de riesgo por COVID-19, sujeto a fiscalización posterior, conforme a la Ley N° 27444. (**Anexo 10**).
6. Ficha de Postulación (**Anexo 11**).
7. Modelo de Índice Requisitos Mínimos del Perfil (**Anexo 12**).
8. Curriculum Vitae documentado (copias simples-ítem 14).
9. Formato para levantamiento de información de servidores en el grupo de riesgo-COVID 19.

Sin otro particular, quedo de usted.

Tumbes.....de.....de 20.....

FIRMA DE EL/LA POSTULANTE

DNI:

Toda la documentación deberá ser debidamente foliada con números arábigos, iniciando por el último documento. No deberá foliarse al reverso de las hojas ya foliadas; así mismo, no deberá utilizarse letras del abecedario o cifras. Si el documento no se ha foliado de acuerdo a las indicaciones en mención, o se ha foliado con lápiz o no se ha foliado, o la foliación se ha rectificado, el/la postulante quedará **DESCALIFICADO/A** (no corresponde presentación de recurso) del proceso de selección de personal.



Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Tumbes



ANEXO N° 09

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES

Yo _____, identificado con DNI N° _____, domiciliado en _____, Distrito de _____, Provincia _____ y Departamento de _____, declaro bajo juramento y en correcta correspondencia a las normas peruanas vigentes que:

SI NO Poseo antecedentes Policiales.

SI NO Poseo antecedentes Judiciales.

SI NO Poseo antecedentes Penales.

Manifiesto conocer que esta declaración tiene carácter legal y en caso de comprobármese falsedad habré incurrido en un delito contra la fe pública, falsificación de Documentos, (Artículo 427º del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7) y contra el "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444.

Tumbes, ... de del 20...

Firma

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección
Regional de Salud
Tumbes



ANEXO N° 10

DECLARACION JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD

Yo,....., identificado con DNI N°..... **Declaro bajo juramento** de gozar de buena salud, no tener morbilidad y/o otro factor de riesgo por COVID-19, para lo cual doy fe, firmando a continuación.

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

Tumbes, de..... del 20...

Firma _____

Nombre _____



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección
Regional de Salud
Tumbes

ANEXO N° 11

FORMATO HOJA DE VIDA CURRILUM

SERVICIO CAS AL QUE POSTULA	
SEDE A LA QUE POSTULA (de ser el caso)	

1. DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
EDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		
		DEPARTAMENTO/ PROVINCIA	DISTRITO	DIA	MES	AÑO
SEXO		DOCUMENTOS				
F	M	N° DNI	N° RUC	N° DE BREVETE	CATEGORIA DE BREVETE	
DOMICILIO ACTUAL						
DIRECCION		DPTO	PROVINCIA	DISTRITO	N° LT/MZ	
TELEFONOS/CORREO ELECTRONICO						
FIJO		CELULAR		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		

2. FORMACION ACADÉMICA UNIVERSITARIA O TÉCNICA UNIVERSITARIA (Indicar Especialidad y Nivel Académico máximo obtenido):

	NOMBRE DE LA INSTITUCION	GRADO ACADEMICO	PROFESION O ESPECIALIDAD	MES/AÑO		AÑOS DE ESTUDIO
				DESDE	HASTA	
FORMACION UNIVERSITARIA						
FORMACION TECNICA						
DIPLOMADO						
MAESTRIA						
SEGUNDA CARRERA						
ESPECIALIZACION						
DOCTORADO						
OTROS ESTUDIOS (SECUNDARIOS, ETC)						



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Tumbes



INFORMACION REFERENTE A COLEGIATURA

COLEGIO PROFESIONAL	N°. COLEGIATURA	CONDICION A LA FECHA

INFORMACION REFERENTE A SERUMS - De conformidad a los requisitos indicados

N° DE RESOLUCION DE SERUMS

3. CAPACITACIÓN OBLIGATORIA REQUERIDA – De conformidad a los requisitos indicados

INICIO (MES – AÑO)	FIN (MES – AÑO)	CURSO- EVENTO	INSTITUCION	HORAS ELECTIVAS

4. CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS: - De conformidad a los requisitos indicados en la convocatoria, son de carácter referencial.

CONOCIMIENTO

5. ESTUDIOS INFORMATICOS. – De conformidad a los requisitos indicados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado)

CONOCIMIENTOS	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
1.WORD, EXCEL, POWER POINT.			
2. OFIMATICA			

6. ESTUDIOS DE IDIOMAS. – De conformidad a los requisitos indicados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado)

IDIOMA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
1.			
2.			

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Dirección
Regional de Salud
Tumbes**

7. EXPERIENCIA LABORAL. - De conformidad a los requisitos indicados en la convocatoria:

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
Área:	
Cargo:	Tiempo de Servicio:
Funciones Principales:	Inicio: (mes y año) / /
	Fin: (mes y año) / /
Modalidad de Contratación	
Motivo de Retiro:	Remuneración o Retribución: S/
Nombre y Cargo de el/la Jefe/a Inmediato/a:	Teléfono Oficina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
Área:	
Cargo:	Tiempo de Servicio:
Funciones Principales:	Inicio: (mes y año) / /
	Fin: (mes y año) / /
Modalidad de Contratación	
Motivo de Retiro:	Remuneración o Retribución: S/
Nombre y Cargo de el/la Jefe/a Inmediato/a:	Teléfono Oficina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
Área:	
Cargo:	Tiempo de Servicio:
Funciones Principales:	Inicio: (mes y año) / /
	Fin: (mes y año) / /
Modalidad de Contratación	
Motivo de Retiro:	Remuneración o Retribución: S/
Nombre y Cargo de el/la Jefe/a Inmediato/a:	Teléfono Oficina:

8. REFERENCIAS LABORALES: Indicar las referencias personales que corresponden a las dos últimas instituciones donde estuvo laborando.



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Tumbes



N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO DE LA REFERENCIA	NOMBRE DE LA PERSONA	TELEFONO ACTUAL

DATOS ADICIONALES

¿Declara su voluntad de postular en ésta convocatoria de manera transparente y de acuerdo a las condiciones señaladas por la institución?

SI NO

¿Declara tener hábiles sus derechos civiles y laborales?

SI NO

¿Tiene familiares directos, dentro del Cuarto Grado de Consanguinidad, Segundo de Afinidad o por razón de matrimonio, trabajando en el Dirección Regional de Salud - Tumbes, en el marco de la Ley N° 26771 y su Modificatoria Ley N° 30294 y su Reglamento aprobado mediante D.S. N° 021-2000-PCM?

SI Señale nombre y parentesco

No

Cónyuge o Conviviente / Padre – Madre / Hijos / Hermanos / Nietos / Abuelos / Tíos Hnos. de Padres / Sobrinos / Hijos de Hnos. / Primos Hnos. / Padrastro – Madrastra / Hijastros / Suegros / Yernos - Nueras / Hermanastros /Cuñados.

En Aplicación a lo establecido por el Artículo 48° de la Ley 29973, Ley General de Personas con Discapacidad, responder si ¿Tiene algún tipo de discapacidad? SI NO

(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo d discapacidad y registre el número de folio.

Tipo: Folio:

¿Se encuentra usted comprendido dentro del Registro de Deudores alimentarios



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección
Regional de Salud
Tumbes



morosos de acuerdo a la Ley N° 28970?

() SI

() NO

Indique si es Licenciado/a de las Fuerzas Armadas

() SI

() NO

(*) De ser positiva su respuesta, señale **el número de folio.**

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la Dirección Regional de Salud de Tumbes, tenga a bien realizar, y a las sanciones correspondientes que se deriven de ella.

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

DNI: _____

LUGAR Y FECHA: _____



Firma

Huella Digital



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección
Regional de Salud
Tumbes



ANEXO 12

MODELO DE INDICE REQUISITOS MINIMOS PERFIL

REQUISITOS MINIMOS DEL PERFIL (Indicar de conformidad con los requisitos del Puesto al que postula describiendo únicamente aquellos que le sean solicitados) (*)	N° DE FOLIO DE DOCUMENTO QUE ACREDITA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

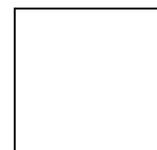
Nota:

(*) El/la postulante debe indicar el (los) números (s) de folio (s) de su propuesta donde se encuentran los documentos que presenta para sustentar su perfil.

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

DNI: _____

LUGAR Y FECHA: _____



Huella Digital



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Tumbes



FORMATO PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE SERVIDORES EN EL GRUPO DE RIESGO-COVID 19 DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ identificado (a) con DNI /CE N° _____, declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

PRESENTO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD	SI	NO
Mayor a 60 años		
Hipertensión arterial		
Enfermedades cardiovasculares		
Diabetes mellitus		
Obesidad con IMC de 40 a mas		
Asma		
Enfermedades respiratorias crónicas		
Insuficiencia renal crónicas		
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		

- ❖ Factores de riesgo de acuerdo al documento técnico aprobado mediante RM 239-2020-MINSA, modificado por RM 265-2020-MINSA y RM 283-2020-MINSA.
- ❖ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000030-2020-SERVIR-PE.
- ❖ Decreto Supremo N° 083-2020-PCM, Artículo 8. Asimismo, declaro que dentro de mi vivienda residen los siguientes familiares que cuentan con las siguientes condiciones que los ubican dentro del grupo de riesgo:

Tumbes, _____ de Enero 2021