

Rodolfo
C.P.C. RODOLFO VILLENAL RAJO
COMITE DE EVALUACION
CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO
PRESIDENTE

(ANEXO N° 01)

CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE

Señores:
COMISION EVALUADORA CAS N° 004 - 2021
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE PASCO

PRESENTE

Yo;(Nombres y Apellidos)
identificado con DNI. N°, domiciliado en
....., mediante la presente, le solicito me considere para
participar en el Concurso Público CAS N° 004-2021-HDAC, realizado por el Hospital Daniel
Alcides Carrión de Pasco, a fin de acceder al puesto laboral cuya denominación es:
.....CODIGO DE PLAZA:.....para el
Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco, para lo cual declaro bajo juramento que cumplo
íntegramente con los requisitos solicitados establecidos en las Bases Administrativas y
publicación correspondiente para el servicio objeto de la Convocatoria, adjuntando a la
presente el correspondiente Currículo Vitae documentado copia fiel de la original que obran
en mi poder, copia de DNI y Declaración Jurada (Anexo N° 02).

Mariela
ECON. Mariela GUZMAN FLORES
COMITE DE EVALUACION
CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO
SECRETARIO

Cerro de Pasco;..... de setiembre de 2021

.....
FIRMA DEL POSTULANTE

Indicar marcando con un aspa (x), Condición de Discapacidad:

Adjunta Certificado de Discapacidad	(SI)	(NO)
Tipo de Discapacidad		
- Física	()	()
- Auditiva	()	()
- Visual	()	()
- Mental	()	()

Resolución Presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE. Indicar marcando con un aspa (x):
Licenciado de la Fuerzas Armadas (SI) (NO)

Antonio
M.C. Escribano ANTONIO LOPEZ DIONISIO
COMITE DE EVALUACION
CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO
MIEMBRO

(ANEXO N° 02)

DECLARACION JURADA

Yo;(Nombres y Apellidos) identificado con DNI. N°, RUC N° con domicilio en, del Distrito de Provincia de..... Departamento de.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- 1. Que tengo conocimiento y me comprometo cumplir el Código de Ética de la función Pública.
2. Que no tengo antecedentes penales ni judiciales.
3. Que no tengo sentencia condenatoria o haber sido sometido a procesos disciplinarios o sanciones administrativas que me impidan laborar en el Estado.
4. Que no participo en ninguna acción que configure Acto de Nepotismo.
5. Que no he sido condenado por delitos sancionados con penas privativas de la libertad, o encontrarme sentenciado(a) y/o inhabilitado(a) para ejercer función pública.
6. Que no tengo sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
7. Que no me encuentro inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM, a que hace referencia la Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos.
8. Que no tengo impedimentos para contratar con el estado.

Esta declaración se formula en aplicación del principio de veracidad establecido en el Artículo 42° de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Cerro de Pasco;..... de setiembre de 2021



Huella Digital

.....

Firma del Participante

Nombres y Apellidos.....

Handwritten signature and stamp: DOLFO VILLENA RAJO COMITE DE EVALUACION CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO PRESIDENTE

Handwritten signature and stamp: ECON. MADRID GUZMAN FLORES COMITE DE EVALUACION CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO SECRETARIO

Handwritten signature and stamp: MRS. ESTHER ANIBAL LOPEZ DIONISIO COMITE DE EVALUACION CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO MIEMBRO

Rafael
C.P.C. RODOLFO VILLENA RAJO
COMITÉ DE EVALUACION
CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO
PRESIDENTE

(ANEXO N° 03)

DECLARACIÓN JURADA DE NO LABORAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES

CARRION

Señores:

COMISION EVALUADORA CAS N° 004 - 2021
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE PASCO

PRESENTE

Yo; (Nombres y Apellidos)
identificado con DNI. N°, domiciliado en
....., mediante la presente, declaro bajo juramento que NO
LABORO EN LA INSTITUCIÓN hace 12 meses en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión
Cerro de Pasco; por ninguna modalidad CAS 1057, CAS COVID-19. En caso contrario seré
denunciado penalmente ante las instancias judiciales pertinentes.

Cerro de Pasco;..... de setiembre de 2021

[Signature]
ECON. MARCELO GUZMAN FLORES
COMITÉ DE EVALUACION
CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO
SECRETARIO



Huella Digital

.....

Firma del Postulante

Nombres y Apellidos.....

DNI N°:

[Signature]
M.C. ESTEBAN AMARAL LOPEZ DIONISIO
COMITE DE EVALUACION
CAS N° 004-2021-HDAC-PASCO
MIEMBRO