



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*



ANEXO 2

FICHA DE DATOS PERSONALES

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno: _____



Apellido Materno: _____

Nombres: _____

FOTO

Tipo de Documento de Identidad (DNI / CE / Pasaporte): N° _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Estado civil: _____

Domicilio (Av./ Calle / Psje / Jr):

Distrito de domicilio: _____ Provincia: _____

Departamento: _____

RUC N°: _____

Teléfono fijo N°: _____ Celular N°: _____

Tipo de sangre: _____ Alérgico a: _____

II. DATOS ACADÉMICOS

Estudios Técnicos/Universitarios/Post Grado

a. Institución: _____

Profesión o Especialidad: _____

Grado obtenido: _____ Fecha de expedición: _____ / _____ / _____

b. Institución: _____

Profesión o Especialidad: _____

Grado obtenido: _____ Fecha de expedición: _____ / _____ / _____

c. Institución: _____

Profesión o Especialidad: _____

Grado obtenido: _____ Fecha de expedición: _____ / _____ / _____

d. Institución: _____

Profesión o Especialidad: _____



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*



Grado obtenido: _____ Fecha de expedición: _____ / _____ / _____

Colegiatura

Colegio Profesional: _____

Nº Colegiatura: _____

Fecha de Incorporación al Colegio Profesional: _____ / _____ / _____

III DATOS FAMILIARES

Nombre de cónyuge o conviviente: _____

Tipo de Documento de Identidad (DNI / CE / Pasaporte): _____ N° _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Hijos:

Apellidos y Nombres	Fecha Nacimiento	DNI
Edad		
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____

Padres:

Apellidos y Nombres	Fecha Nacimiento	DNI
Edad		
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____

En caso de EMERGENCIA avisar a:

a. Nombre y apellidos _____

Teléfonos: _____

b. Nombre y apellidos _____

Teléfonos: _____

Abancay,.....de.....de 20.....

(Firma del/la postulante)



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



ANEXO 1
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS N 001-2024 – CAS-Temporal

Señor:

Presidente del Comité de Evaluación de Contrato Administrativo de Servicios (CAS-Temporal) de la Unidad Ejecutora 400: Dirección Regional de Salud de Apurímac.

Yo, _____, con
DNI N° _____, Celular _____, Domiciliado
en _____, Distrito
_____, Provincia _____, Departamento
de _____, ante usted, expongo lo siguiente:

Que, habiéndose publicado la Convocatoria de Concurso CAS N° _____ de la Dirección y/o Oficina _____, en la Dirección Regional de Salud de Apurímac, solicito se me considere como postulante para el cargo de _____, por lo cual, adjunto mi Currículum Vitae documentado y foliado, y los demás documentos exigidos en dicha convocatoria.

Llenar los siguientes datos, si se adjunta:

SERUMS:	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	QUINTIL	EN FOLIO
		MARQUE			
Constancia de haber cumplido con el Servicio Militar (acuartelado):	SI:		NO:		
Certificado de Discapacidad	SI:		NO:		
Deportista de Alto Nivel	SI:		NO:		

POR LO EXPUESTO:

Pido dar curso a la presente por ser legal.

Abancay,.....de febrero de 2024



FIRMA Y HUELLA DIGITAL



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*



ANEXO 3

DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INMERSOS EN IMPEDIMENTOS LEGALES
PARA CONTRATAR CON EL ESTADO

Yo, identificado/a
con documento de identidad (DNI, Carnet Extranjería., Pasaporte)
..... N°....., con domicilio legal
en....., DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:

SI	NO	
		Me encuentro inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM , dispuesto por la Ley N° 28970 y en el Decreto Supremo N° 002-2007-JUS.
		Me encuentro inscrito en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD – SERVIR .
		Me encuentro inhabilitado administrativamente o judicialmente para contratar con el estado o para desempeñar función pública.

Formulo la presente Declaración Jurada en virtud del Principio de Presunción de veracidad previsto en los artículos 4 del Título Preliminar numeral 1.7 y 51 del TUO de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones administrativas, legales y/o penales que correspondan, de acuerdo a la legislación vigente.

Abancay,dede 20.....

.....

(Firma del/la postulante)





GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*



ANEXO 4

**DECLARACIÓN JURADA DE SENTENCIA CONDENATORIA Y/O EJECUTORIADA E
INHABILITACIÓN E INSCRITA EN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA
SERVIDORES CIVILES**

Yo, identificado/a con documento de identidad (DNI, Carnet Extranjería, Pasaporte)..... N°....., según el artículo 5 del Decreto Legislativo 1367 y lo dispuesto en la modificación del numeral 4.3 del artículo 4, así como el literal i) del artículo 10 del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

SI	NO	
		Me encuentro con sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por alguno de los delitos previstos en los artículos 296, 296-A primer, segundo y cuarto párrafo; 296-B, 297, 382, 383, 384, 387, 388, 389, 393, 393- A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 y 401 del Código Penal.
		Me encuentro con sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por el artículo 4-A del Decreto Ley 25475.
		Me encuentro con sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por los delitos previstos en los artículos 1, 2 y 3 del Decreto Legislativo 1106.
		Me encuentro con sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles

Por lo expuesto, asumo la responsabilidad por la veracidad de la información antes mencionada.

Abancay,.....de.....de 20.....

.....
(Firma del/la postulante)



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*



ANEXO 5

DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO

Yo, identificado/a
con documento de identidad (DNI, Carnet Extranjería, Pasaporte)
..... N°....., DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:

- a) No tener parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad o por vínculo matrimonial, que gocen de la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar a la entidad ()
- b) Tener parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad o por vínculo matrimonial en la Dirección Regional de Salud de Apurímac con el siguiente personal ()

Nº	Apellidos y Nombres	Grado de Parentesco ^{1*}	Condición Laboral	Intendencias/Oficinas
1				
2				
3				

Formulo la presente Declaración Jurada en virtud del Principio de Presunción de veracidad previsto en los artículos 4 del Título Preliminar numeral 1.7 y 51 del TUO de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones administrativas, legales y/o penales que correspondan, de acuerdo a la legislación vigente.

Abancay,.....de..... de 20.....

.....
(Firma del/la postulante)

^{1*} De conformidad con la Ley N° 26771 y el Decreto Supremo N° 034-2005-PCM



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*



ANEXO 6

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES Y
JUDICIALES**

Yo, identificado/a
con documento de identidad (DNI, Carnet Extranjería, Pasaporte)
..... N°, con domicilio legal
en....., **DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:**

SI NO Poseo antecedentes Policiales.

SI NO Poseo antecedentes Judiciales.

SI NO Poseo antecedentes Penales.

Formulo la presente Declaración Jurada en virtud del Principio de Presunción de veracidad previsto en los artículos 4 del Título Preliminar numeral 1.7 y 51 del TUO de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones administrativas, legales y/o penales que correspondan, de acuerdo a la legislación vigente.

Abancay,.....de.....de 20.....

.....
(Firma del/la postulante)



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



ANEXO 7
DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN A UN RÉGIMEN PENSIONARIO

Yo, identificado/a con documento de identidad (DNI, Carnet Extranjería, Pasaporte) N° , según el artículo 5° del Decreto Legislativo 1367 y lo dispuesto en la modificación del numeral 4.3 del artículo 4°, así como el literal i) del artículo 10° del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

(Marca con una “X” dentro del recuadro, según corresponda a su decisión)

I.- DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES PREVISIONALES:

¿Se encuentra afiliado a un Régimen de Pensiones?	SÍ	
	NO	
Si su respuesta es Sí, seleccionar el Régimen al que pertenece	ONP	
	AFP	

II.- PARA EL SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES:

Si en caso cuenta con AFP, precisar en cuál:	AFP Hábitat	
	AFP Integra	
	AFP Prima	
	AFP Profuturo	
N° de CUSPP:		

III.- DECLARACIÓN DE AFILIACIÓN:

De no encontrarse afiliado/a en algún Régimen, precisar a qué Régimen de Pensiones desea afiliarse:

Sistema Nacional de Pensiones (ONP)	
Sistema Nacional de Pensiones (AFP)	

IV.- DECLARACIÓN DE PENSIONISTA O JUBILADO:

¿Es Pensionista o Jubilado?	SÍ	
	NO	
Precisar el N° de la Ley		

Abancay,.....de.....de 20.....



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE APURIMAC

*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*



(Firma del/la postulante)