

ANEXO N° 01

SOLICITUD PARA REALIZAR MODALIDADES FORMATIVAS DE SERVICIO

Señor (a)

Jefe de la Unidad de Recursos Humanos
UNIDAD EJECUTORA 408 RED DE SALUD AMBO

Presente. -

Yo,.....
identificado/a con DNI N°....., con domicilio
en.....
....., en condición de **(estudiante y ciclo académico,
egresado(a))** de la especialidad
del/la **(Instituto o
Universidad)** solicito realizar prácticas **(preprofesionales
/ profesional)**, conforme a lo establecido en las Bases N°

Huánuco, ____ de febrero de 2026

Apellidos y Nombres:
DNI:

Adjunto:

1. Carta de presentación del Centro de Estudios.
2. Ficha de datos personales del/de la practicante conforme al Anexo N° 02
3. Declaración Jurada de no tener impedimento para postular Anexo N° 03
4. Declaración Jurada de Grado de Parentesco Anexo 04 de las Bases.
5. Constancia de estudios (para el caso de prácticas preprofesionales).
6. Constancia de Egresado (para el caso de prácticas profesionales).

ANEXO N° 02

FICHA DE DATOS PERSONALES DEL/DE LA POSTULANTE

Concurso Público de Prácticas N°

I. DATOS PERSONALES (campos para completar)

Apellidos y nombres	
Lugar de Nacimiento (País/Departamento/Provincia/Distrito)	
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	
Domicilio actual	
N° DNI O Carnet de Extranjería	
Estado Civil	
Sexo	
Teléfono Celular *	
Teléfono Fijo *	
Correo Electrónico	

(*) Al menos indicar un número de teléfono

II. FORMACIÓN ACADEMICA (campos para completar)

Centro de Estudios (Nombre completo)		
Especialidad		
Nivel educativo alcanzado	Ciclo Cursado	
	Egresado (fecha de egreso)	

III. CONOCIMIENTO (campos para completar)

Describir aquellos conocimientos que haya	
--	--

adquirido en relación a las prácticas que postula		
¿Tienes conocimiento de Ofimática? Señale los programas y/o paquetes que maneja.	SI () NO ()	
¿Tienes conocimiento de Idiomas? Señale el nivel	SI () NO ()	
	SI () NO ()	Nombre de la Institución:

IV. EXPERIENCIA Y/O PRÁCTICAS ANTERIORES (campos para completar)

Experiencias 1

Entidad o Centro de Prácticas o Centro Laboral	Tipo de prácticas (preprofesionales o profesionales)	Carrera Profesional
Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo de retiro
Funciones realizadas		
1.		
2.		

Experiencias 2

Entidad o Centro de Prácticas o Centro Laboral	Tipo de prácticas (preprofesionales o profesionales)	Carrera Profesional
Fecha de inicio	Fecha de término	Motivo de retiro
Funciones realizadas		
1.		
2.		

V. INFORMACIÓN FACULTATIVA (campos para completar o marcar con aspa "X")

¿Posee Discapacidad?	Si es afirmativo, ¿Qué tipo de Discapacidad es?	¿Necesita ajustes razonables en este proceso?	¿Cuáles?
SI () NO ()		SI () NO ()	

VI. ANTECEDENTES (campos para marcar con aspa "X")

¿Se encuentra dentro del Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM?	SI () NO ()
¿A la fecha cuenta con antecedentes penales?	SI () NO ()
¿A la fecha cuenta con antecedentes policiales?	SI () NO ()
¿A la fecha cuenta con antecedentes judiciales?	SI () NO ()

VII. DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente ficha de postulación corresponden a la verdad.

Fecha			
-------	--	--	--

Firma

ANEXO N° 03

DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA POSTULAR

Huánuco, de..... de 2026.

Señores

Jefe de la Unidad de Recursos Humanos
UNIDAD EJECUTORA 408 RED DE SALUD AMBO

Yo,

.....
con DNI N°....., domiciliado
en.....
.....
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) No contar con sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por delito doloso.
- b) No encontrarse inscrito en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles.
- c) No encontrarse incurso en alguno de los impedimentos dispuestos por el ordenamiento jurídico, para los servidores públicos.
- d) No tener vínculo laboral, contractual, de servicios o de cualquier índole con la DIRESA HUÁNUCO, al momento de postulación.
- e) La dirección domiciliaria que consigno es correcta y declaro mi Compromiso de que mientras esté efectuando prácticas preprofesionales o profesionales y después de ellas no incurriré en prohibiciones o incompatibilidades que propicien conflictos de intereses y actos contrarios a la integridad del servicio público
- f) Me comprometo a respetar y cumplir las disposiciones administrativas que señale el Reglamento Interno de Servidores RIS, de la RED DE SALUD AMBO".

Apellidos y nombres:
DNI:

ANEXO 04

DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTÍSMO

Yo,

.....

.....

Identificado (a) con D.N.I. N°, y domicilio actual en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO	SI
-----------	-----------

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios o directivos de la RED DE SALUD AMBO o miembros del Comité.

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

Nombre completo de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad.	
Cargo que ocupa	
El grado de parentesco	

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

Dado en la ciudad de Huánuco a los.....días del mes de febrero del 2026



.....

(Firma)
DNI:

Huella digital
(índice derecho)

ANEXO N° 05

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Mediante el presente, Yo, Identificado/a con; N°, con domicilio en, correo electrónico y teléfono en mi condición de: (marcar con una "X")

- a. () Servidor/a civil de la RED DE SALUD AMBO
- b. () Locador/a de servicios de la RED DE SALUD AMBO
- c. () Practicante de la RED DE SALUD AMBO

Y, en virtud de lo establecido en el **Decreto Supremo N° 044-2018-PCM** que dispone la implementación del Modelo de Integridad en el sector público; así como de la Ley N° 27815, Ley del Código de ética de la función pública, su reglamento y el Código de ética del Gobierno Regional de Huánuco, me comprometo a:

1. Coadyuvar en toda acción orientada a la implementación efectiva del Modelo de Integridad Institucional; y verificar su cumplimiento sostenido en el tiempo, en el marco de mis funciones o contrato.
2. Cumplir con las acciones de implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno de la RED DE SALUD AMBO, según lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado y al Componente N° 1 del Modelo de Integridad, en el marco de mis funciones o contrato.
3. Desarrollar acciones para promover la integridad en el ámbito de mis funciones, y conducirme según los valores, principios, deberes y prohibiciones de la Ley N° 27815, Ley del Código de ética de la función pública, su reglamento y del Código de Ética de la RED DE SALUD AMBO.
4. Trabajar y servir con estricta observancia del Código de Ética de la RED DE SALUD AMBO y de las normas de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción, que orientan el proceder de mis responsabilidades y funciones diarias; para fortalecer mi comportamiento y mejorar el servicio público que realizo, en bien del país.
5. Prevenir y combatir los actos de corrupción o ilícitos que pudiera cometer cualquier servidor/a, locador/a de la RED DE SALUD AMBO o practicante, independientemente del cargo que ocupe, función que realice o servicio que preste; dentro del ámbito de mis funciones o contrato.
6. Conocer, aceptar y cumplir íntegramente y a cabalidad las disposiciones sobre integridad y lucha contra la corrupción establecidas por de RED DE SALUD AMBO; así como a no participar en alguna actividad que contravenga lo establecido en ellas; y denunciar cualquier acto de corrupción, presunto o real, del que tuviese conocimiento, a través del canal único de denuncias (denuncias.servicios.gob.pe.)

7. Promover y realizar acciones acordes con los Estándares de Integridad en la contratación pública en el ámbito de mis funciones o de mi contrato.

Soy consciente que el incumplimiento de mi compromiso genera consecuencias disciplinarias; sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que de la RED DE SALUD AMBO puede interponer.

Lugar y fecha:

Firma: