

# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

Proceso de Convocatoria Pública 2025 bajo el Régimen del Decreto Legislativo N <sup>°</sup> 276

ANEXOS	

MODELO DE ROTULADO PARA LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS:

SEÑORES:
RED DE SALUD AMBO
COMITÉ DE SELECCIÓN
PROCESO DE CONVOCATORIA PÚBLICA 2025 BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO N º 276.
OBJETO DE CONVOCATORIA:
CONTRATACIÓN DE UN :
(INDICAR EL PUESTO AL QUE POSTULA)
UNIDAD :
(INDICAR LA OFICINA AL QUE POSTULA)
NOMBRES Y APELLIDOS :
DNI :
DIRECCIÓN :





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

## **SOLICITUD DE INSCRIPCION**

## SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ DEL PROCESO DE CONVOCATORIA D. L. № 276

<b>(</b> 0,				
identificado (a)	con DNI №		de	domiciliado
del Distrito				y Región
Que, deseando participa №001-2025-RSA, para	•	· ·		
Nº	(indicar la denomina S eno conocimiento de l	ación del puesto al qu olicito que se me a	dmita como postul	código AIRHSP ante, dejando
Para tal efecto declaro presentan al concurso pro			sitos y que los docu	mento que se
		Ambo	de	del 2025
		FIRMA	HUELLA	_





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

### DECLARACIÓN JURADA DE CONOCER LAS BASES DEL CONCUSO

Yo,	
identificado (a) con DNI Nºde domiciliado	
(a)	del
DistritoProvincia Región	,
DECLARO BAJO JURAMENTO	
Que, tengo pleno conocimiento de las bases del concurso y que los datos contenidos en est Jurada son verdaderos, por lo que se puede efectuar las investigaciones pertinentes a fin información, en caso de comprobarse falsedad, me someto a las sanciones estipuladas en la	de verificar la
Ambo de	del 2025
	٦

**FIRMA** 

HUELLA





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

### ANEXO 01

### **DECLARACION JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PERFIL**

Señores: COMISION EVALUADORA
De mi consideración:
El que suscribe:
con Documento Nacional de Identidad (D.N.I.) Nº, er mi calidad de postulante al Proceso de Convocatoria Pública 2025 bajo el Régimen de Decreto Legislativo N° 276; para cubrir una plaza de
BAJO JURAMENTO, que luego de haber examinado los documentos del proceso de la referencia solicitados por Red de Salud Ambo, y conocer todas las condiciones existentes el (la) suscrito (a) ofrece la prestación de servicios no autónomos, de conformidad a requerimiento y perfil establecido para el cargo.
En ese sentido, me comprometo a realizar el servicio con las características, en la forma y plazo especificados en la Convocatoria del presente proceso de selección.
Ambo, de
firma
DNII





Señores:

### GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

### **ANEXO 02**

### DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

COMISION EVALUADORA
De mi consideración:
El que suscribe: Yo
Ambo, de de 2025.
firma
DAII





YO,

domicilio

para cubrir

una

276;

### GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

### ANEXO N.º 03

#### **DECLARACIÓN JURADA NEPOTISMO**

identificado con Documento Nacional de Identidad D.N.I. N° ......con

provincia de.......del departamento de ......postulante al **Proceso de Convocatoria Pública 2025 bajo el Régimen del Decreto Legislativo N°** 

de

plaza

.....

•

	" "	de la Unidad	- 0
1	de veracidad establecido en el artículo IV Ley del Procedimiento Administrativo Ger referida norma, DECLARO BAJO JURAMEN Que, a la fecha Si ( ), No ( ), tengo fa funcionarios y/o directivos, los cuales señ	neral, y de lo dispuesto en los artículos <sup>a</sup> TO lo siguiente: amiliares laborando en la <b>Red de Salu</b>	a Ley Nº 27444 12º y 242º de la
N	APELLIDOS PATERNO Y	DEPENDENCIA EN LA QUE	
ō	MATERNO Y NOMBRES	LABORA O PRESTA SERVICIOS EL	PARENTESCO
	COMPLETOS DEL FAMILIAR	FAMILIAR	
	Vínculo Matrimonial		
	Hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad		
	Hasta el segundo Grado de Afinidad		

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 441º y el artículo 438º del Código penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que

cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.



# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

	Ambo,	de		de	2025.
	•••••	firma			
	DNI.				
		ANEXO N° 0	<u>4</u>		
DECLARACIÓN JUR	ADA DE AN	TECEDENTES F	OLICIALES, J	UDICIALES Y/O PE	NALES
YO,					
con Documer №	,				DNI.
Nºdomiciliado en la N.º E de	Av / Jr. Distrito	de			Provincia
Convocatoria Pública una	plaza	_	de:		
declaro bajo juramen				ormas peruanas vige	•
SI NO P	oseo anteceo	dentes Policiale	es		
SI NO P	oseo anteceo	dentes Judicial	es		
SI NO P	oseo anteceo	dentes Penales			
Manifiesto conocer que falsedad, habré Incurri (Artículo 427° del Códi "Principio de Presuncio Administrativo General,	do en un d go Penal, er ón de Verac	elito contra la n concordancia idad" del Títul	fe pública, f con el Artícu	alsificación de Do lo IV inciso 1.7) y	cumentos, contra el
	Ambo,	de		de	2025.





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

	firma		
DNI			





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

## **ANEXO N° 05**

### **DECLARACIÓN JURADA PARA CONTRATACIÓN**

					Don	Distrito
	ıco, postulante al <b>P</b> i					
N°	276;	para	cubrir	una	plaza	de
DECL	ARO BAJO JURAME	_				
•	Tener buena con		_			
•		salud física y ment		•		>
•	No haber sido sa la fecha.	ancionado adminis	strativamente con	destitución en la	os últimos cinco	(05) años a
•		dentes penales por	r delito doloso			
•		sancionado admii		con destitución	o separación d	el servicio,
		do comprendido ei			•	
•	No haber sido s	ancionado admini	strativamente co	n destitución o	separación del s	servicio, de
		Ley N° 29988 y su	•			
•		ondenado por la				
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	boración con el	·	_	·	instigación,
		cito de personas, a liendo condena c				nondido o
•	inhabilitado judio		condicional poi (	delito doloso o	nabel slub sus	pendido e
•	•	n de parentesco h	asta el cuarto gra	do de consangui:	nidad. segundo d	de afinidad
		atrimonio, unión				
	contratación o co	on cualquier funci	onario, directivo,	servidor público	y/o personal de	e confianza
		gional de Huánuc	o que tenga inje	rencia directa o	indirecta en el <sub>l</sub>	proceso de
	selección de pers					
Cictor		a información y de	e la documentació	n que adjunto.		
	na Pensionario: )			SNP (	′ \	
	··· <i>)</i> ·································			SIVE (	)	
	iesto que lo menci		a la verdad de l	os hechos v ten	go conocimiento	o que si lo
	ado es falso estoy s	•		-	_	-
Código	o Penal que prevén	i pena privativa d	e libertad de has	sta 04 años, para	a los que hacen	una falsa
	ación, violando el			no para aquello	os que cometan	falsedad,
simula	indo o alterando la	verdad intencion	almente			
		Ambo,	. de		de	2025.
			firma		•••••	
			mma			



# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

DNI:					
			ANEXO N° 06	<u>5</u>	
		DEC	LARACION JURADA D	E PARENTESCO	
	ores: MISION EVALUA	ADORA			
Pres	ente				
Por		el	presente	documento	Yo,
con	Documento	Nacional		ide , domiciliad	
Supr 034- Proc	emo № 021-2 2005-PCM; y al	2000- PCM, amparo del inistrativo Ge	y modificado mediante Artículo IV del Título Pr eneral y en pleno ejercicio	26771, su Reglamento aprobado e Decretos Supremos Nº 017-: eliminar numeral 1.7 de la Ley No de mis derechos ciudadanos, <b>DE</b>	2002-PCM y № 27444 del
	-		_	uinidad y Segundo de Afinidad, <sup>y</sup> bierno Regional Huánuco.	y/o Cónyuge
Sobr	e el particular c	onsigno la sig	guiente información:		
NOM	IBRES Y APELLIC	OOS COMPLE	TOS DEL FUNCIONARIO O	SERVIDOR EN ACTIVIDAD:	
GRAI	DO DE PARENTE	SCO POR CO	NSANGUINIDAD:		
GRAI	DO DE PARENTE	SCO POR AFI	NIDAD:		
OFIC	INA EN LA QUE	PRESTA SERV	/ICIOS:		
	arado resulta fa			e los hechos y tengo conocimier decidos en el artículo 411º y 438	•
		۸mh	oo de	٨	o 2025





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

FIRMA DEL POSTULANTE	

### ANEXO N° 07

### **HOJA DE VIDA**

DATOS PERSONALES APELLIDOS Y NOMBR	
LUGAR Y FECHA DE N	
ESTADO CIVIL	:
	:
DNI	:
RUC	:
DOMICILIO REAL	:
URBANIZACIÓN	:
DISTRITO	:
PROVINCIA	:
DEPARTAMENTO	:
	:
CORREO	:





# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

COLEGIO PROFESIONAL:
REGISTRO № :
PERSONA CON DISCAPACIDAD: SI ( ) NO ( ) Nº
Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el Registro Nacional de las Persona con Discapacidad.
LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SI ( ) NO ( )
Si la respuesta es afirmativa, adjuntar foto copia simple del documento oficial emitido por la

## II. GRADOS Y TÍTULOS ACADÉMICOS (Formación Académica)

TÍTULO O GRADO	MENCIÓN O ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO / GRADO (Día/Mes/Año)	UNIVERSIDAD CENTRO DE ESTUDIOS	CIUDAD/ PAÍS	N° DE FOLIO
GRADO DE					
DOCTOR					
GRADO DE					
MAGISTER					
TÍTULO					
PROFESIONAL					
GRADO DE					
BACHILLER					
TÍTULO					
TÉCNICO					
ESTUDIOS					
SECUNDARIOS					

#### III. DIPLOMADOS DE ESPECIALIZACIÓN

N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO (Día/Mes/Año)	INSTITUCIÓN	CANTIDAD DE HORAS	N° DE FOLIO

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

<sup>\*</sup>Se considera: cursos, seminarios, talleres y otros



<sup>\*</sup>Detallar los conocimientos solicitados en los requisitos del perfil a la plaza que postula.



# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

### IV. ESPECIALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LOS ÚLTIMOS 05 AÑOS (\*)

N°	ESPÉCIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO (Día/Mes/Año)	INSTITUCIÓN	CANTIDAD DE HORAS	N° DE FOLIO

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

### V. EXPERIENCIA LABORAL GENERAL \*

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO O BREVE DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO	FECHA DE INICIO (Día/Mes/Año)	FECHA DE CULMINACIÓN (Día/Mes/Año)	TIEMPO TOTAL (Años /Meses	N° DE FOLIO
TIEI	MPO TOTAL DE					

<sup>(\*)</sup> Toda la experiencia laboral, aunque no tenga relación directa con el objetivo del servicio. (Comenzar por el más reciente)

Sólo se considerará el tiempo acreditado con la correspondiente **documentación** 

### VI. EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA SEGÚN LA PLAZA A QUE POSTULA

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO/FUNCIÓN DESEMPEÑADO(A)	FECHA DE INICIO (Día/Mes/Año)	FECHA DE CULMINACIÓN (Día/Mes/Año)	TIEMPO EN EL CARGO	N° DE FOLIO			
Des	Descripción detallada del trabajo realizado:								



<sup>\*</sup>Detallar los eventos asistidos según los requisitos del perfil a la plaza que postula.

<sup>\*</sup>Se considera: cursos, seminarios, talleres y otros



# DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

# "AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"

Des	cripción deta	llada del ti	rabajo real	izado:			
				_			
TIE	MPO TOTAL D	DE LA EXPEI	RIENCIA LA	ABORAL ESPECÍFIC	Α		
	experiencia qu de insertar más			n el tema específico	de la convocatori	a	
VII.	CONOCIM	IIENTOS SC	LICITADOS	S POR EL PERFIL D	E PUESTO		
	• (	Conocimier	nto en			_	
	• (	Conocimier	nto en			_	
N°	PROGRA	AMAS	CENTR	O DE ESTUDIOS O	NIVE	L	Nro. DE
IN	ESTUDI	ADOS	ME	DIO OBTENIDO	ALCANZA	DO (*)	FOLIO
	(Puede ins	ertar más fil	as si así lo r	equiere)	•		
		oia de cada	uno de ello	itos proporcionado os; y en caso neces	sario autorizo su	ı investigad	ción.
		Am	bo,	. de		C	de 2025.
							7
				FIRMA	ı	HUELLA	

