

## CAPITULO IV

### 4.1. ANEXO N° 01

#### HOJA DE VIDA

##### I. DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS:

.....

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: .....

/.....

ESTADO CIVIL:

.....

.....

NACIONALIDAD:

.....

.....

N° DNI (VIGENTE): ...../ N° PASAPORTE

.....

REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES:

.....

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

.....



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
UNIDAD EJECUTORA SALUD SANTA CRUZ



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

DISTRITO:

.....  
.....

PROVINCIA:

.....  
.....

DEPARTAMENTO:

.....  
.....

CELULAR:

.....  
.....

CORREO ELECTRÓNICO:

.....

COLEGIO PROFESIONAL: ...../N° REGISTRO:

..... ☐ ☐

PERSONA CON DISCAPACIDAD: ..... SI N° REG..... NO

LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SI ☐ ..... ☐

DEPORTISTA CALIFICADO: SI .... ☐ ..... NO ☐ .....

NIVEL.....

*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

**II. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN EL PERFIL REQUERIDO.**

El postulante deberá adjuntar copia fedateada de los documentos que acreditan el perfil requerido. (colegiatura, Habilidad profesional, Resolución de SERUMS, Certificados de Ofimática y otros), de acuerdo al perfil del cargo al que postula.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN (MES/AÑO)	N° FOLIO

**III. ESTUDIOS REALIZADOS.**

TITULO O GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICION DEL TITULO (MES/AÑO)	CIUDAD	PAIS	N° FOLIO

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustentan lo informado (fotocopia fedateado).

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

**IV. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN.**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustentan lo informado (fotocopia fedateada).

N°	Nombre del curso y/o Estudios de Especialización	Centro de Estudios	Fecha Inicio	Fecha Fin	Ciudad/País	N° Folio

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

**V. EXPERIENCIA LABORAL**

El postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **SÓLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS**, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

**a) Experiencia Laboral Sector Público.**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustentan lo informado (fotocopia fedateada).

N°	Nombre de la Entidad – EE.SS.	Cargo Desempeñado	Fecha de Inicio (MES/AÑO)	Fecha de Culminación (MES/Año)	Tiempo en el Cargo	N° Folio

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

**b) Experiencia Laboral Sector Privado.**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustentan lo informado (fotocopia fedateada).

N°	Nombre de la Empresa – EE.SS.	Cargo Desempeñado	Fecha de Inicio (MES/AÑO)	Fecha de Culminación (MES/Año)	Tiempo en el Cargo	N° Folio

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

**c) Experiencia Laboral en centro de Salud Mental Comunitario.**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustentan lo informado (fotocopia fedateada).

N°	Nombre de la Entidad – EE.SS.	Cargo Desempeñado	Fecha de Inicio (MES/AÑO)	Fecha de Culminación (MES/Año)	Tiempo en el Cargo	N° Folio

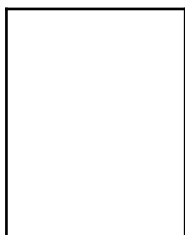
(Puede insertar más filas si así lo requiere).

*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

#### 4.2. ANEXO N° 02

### DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSD

Por la presente, yo \_\_\_\_\_, identificado/a con DNI N° \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD (\*)



Lugar y fecha, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Huella Digital

-----

Firma

(\*) Decreto Legislativo N° 1295, que modifica el Artículo 242 de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y establece disposiciones para garantizar la integridad en la Administración Pública.



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**  
**UNIDAD EJECUTORA SALUD SANTA CRUZ**



---

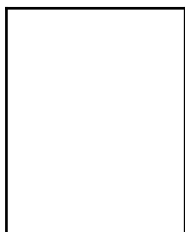
*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

#### 4.3. ANEXO N° 03

### DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Por la presente, yo \_\_\_\_\_ identificado/a con DNI  
N° \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de  
alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o  
acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por  
pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito  
en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.



Lugar y fecha, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Huella Digital

-----

Firma



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

#### 4.4. ANEXO N° 04

### DECLARACIÓN JURADA

#### D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO

Conste por el presente que el(la) señor(a) \_\_\_\_\_ identificado(a) con  
D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Con domicilio en \_\_\_\_\_ en el Distrito  
de \_\_\_\_\_ del departamento de \_\_\_\_\_

#### DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:

☐

Cuento con pariente(s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de  
afinidad y/o cónyuge: (PADRE, HERMANO, HIJO, TIO, SOBRINO, PRIMO, NIETO,  
SUEGRO y CUÑADO) DE NOMBRE (S)

.....  
.....  
.....

Quien(es) laboran en la Sede del Gobierno Regional, con el(los) cargo(s) y en la Dependencia(s):

.....  
.....  
.....

☐

No cuento con pariente(s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de  
afinidad y/o cónyuge: ((PADRE, HERMANO, HIJO, TIO, SOBRINO, PRIMO, NIETO,  
SUEGRO y CUÑADO), que laboren en la Sede del Gobierno Regional.

Lugar y fecha, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Huella Digital

-----



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**  
**UNIDAD EJECUTORA SALUD SANTA CRUZ**



*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

Firma

*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*

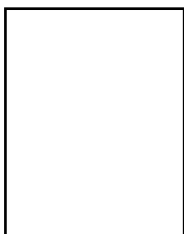
#### 4.5. ANEXO N° 05

#### DECLARACIÓN JURADA

**(Antecedentes policiales, penales, de buena salud y No estar inhabilitado y/o sancionado mediante Proceso Administrativo Disciplinario)**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_,  
domiciliado en \_\_\_\_\_ del distrito de \_\_\_\_\_ del  
departamento de \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- No registro deudas por concepto de reparaciones civiles.
- Gozo de buena salud.
- No estar inhabilitado y/o sancionado mediante Proceso Administrativo Disciplinario.



Lugar y fecha, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Huella Digital

-----

Firma