



MINISTERIO  
DE SALUD

U.E. 404 SALUD SARASARA

RED DE SALUD  
CORACORA



"AÑO DE LA UNION, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

## ANEXO N° 02

### DECLARACIÓN JURADA

La (el) que suscribe, ..... identificada con DNI.  
N° ..... domiciliaria (o) en .....

#### DECLARO BAJO JURAMENTO

- ✓ No registrar Antecedentes Penales<sup>1</sup>, Policiales, ni Judiciales.
- ✓ Gozar de Buena Salud Física y Mental.
- ✓ No estar inhabilitado para contratar con el Estado.
- ✓ No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.
- ✓ No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

\_\_\_\_\_  
Firma

Coracora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023.



### ANEXO N°03

#### DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO

La (el) que suscribe, ..... con DNI N°  
.....Con RUC N°.....domiciliado en...  
..... Declara bajo juramento:

No tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o por razón de matrimonio, unión de hecho, convivencia o ser progenitores de sus hijos, con personal que preste y/o prestó servicio en la Red de Salud Coracora, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicio No Personales o Locación de Servicio o Contratos Administración de Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad – Honorem.

#### EN CASO DE TENER PARIENTES EN LA RED DE SALUD CORACORA, U.E. 404 SALUD SARASARA.

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia ....., de la RED DE SALUD CORACORA, presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O DEPENDENCIA

Lo que declaro para su verificación y fines pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Firma

Coracora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023





MINISTERIO  
DE SALUD

RED DE SALUD  
CORACORA

U.E. 404 SALUD SARASARA

"AÑO DE LA UNION, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



## ANEXO N° 04

### DECLARACIÓN JURADA

El/La que suscribe \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI  
N.º \_\_\_\_\_, con RUC N.º \_\_\_\_\_, domiciliado  
en \_\_\_\_\_, contratado/nombrado con Resolución/ Contrato Nro.  
\_\_\_\_\_ bajo el cargo de \_\_\_\_\_ declarar  
bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un cargo en el Estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
- d) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- e) No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
- f) No percibir otra remuneración o ingreso del Estado.

\_\_\_\_\_  
Firma

Coracora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023.



MINISTERIO  
DE SALUD

U.E. 404 SALUD SARASARA

RED DE SALUD  
CORACORA



"AÑO DE LA UNION, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

## ANEXO N° 05

### DECLARACIÓN JURADA REGIMENES PREVISIONALES

#### LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:

El/La que suscribe \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_, con RUC N° \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún régimen público o privado (Decreto Legislativo N° 20530 – Decreto Legislativo N° 19990 o AFP).

\_\_\_\_\_  
Firma

Coracora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023.

#### LLENAR EN CASO DE SER PENSIONISTA:

En caso de pertenecer a algún régimen pensionario, declaro bajo juramento ser pensionista (marcar con X según corresponda):

☐ 1 D. L 20530 .....  
Entidad

☐ 2 D. L 19990 - Oficina de Normalización Provisional

☐ 3 Otros indicar .....

Me comprometo a suspender mi pensión detalla en líneas arriba, con el fin de poder prestar servicios en la entidad baja la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios (CAS)

Nombres y Apellidos: .....

D.NI N°: .....

Domicilio: .....

\_\_\_\_\_  
Firma

Coracora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023



MINISTERIO  
DE SALUD

RED DE SALUD  
CORACORA

U.E. 404 SALUD SARASARA

"AÑO DE LA UNION, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



## ANEXO N° 06

### DECLARACIÓN JURADA CODIGO DE ETICA

(Ley N° 27815 "Ley de Ética de la Función Pública" y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM  
"Reglamento de la Ley de Código de Ética de la Función Pública")

### DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CODIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y SU REGLAMENTO

Por la presente yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_  
Domiciliado en \_\_\_\_\_, distrito en \_\_\_\_\_  
Contratado \_\_\_\_\_

#### DECLARO QUE:

1. Tener conocimiento de la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública"; así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública".
2. Tengo conocimiento del contenido y lo allí estipulado del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento.
3. Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública", donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

Coracora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023

\_\_\_\_\_  
Firma





MINISTERIO  
DE SALUD

U.E. 404 SALUD SARASARA

RED DE SALUD  
CORACORA



"AÑO DE LA UNION, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

## ANEXO N° 07

### DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_,  
en calidad de trabajador de la Red de Salud Coracora, declaro bajo juramento:

Guardar la reserva del caso respecto de información privilegiada a la que pudiera acceder y a no divulgar ni utilizar información que pese a no tener carácter de reserva por norma expresa, pudiera resultar privilegiada en su contenido y ser utilizada en beneficio propio o de terceros con el siguiente perjuicio a la Red de Salud Coracora y al Estado.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con la Red de Salud, declaro bajo juramento que aceptaré los impedimentos señalados en la Ley N° 27588.

En caso incumpla lo declarado en la presente, me someteré a las medidas y sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el D.S N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiere lugar.

Coracora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023.

Firma

Atentamente:

LA COMISION

**ANEXO N° 08**  
**FORMATO FICHA DE CURRÍCULUM VITAE (CV)**

N° DE PROCESO:

NOMBRE DEL PUESTO:

**I. DATOS PERSONALES:**

Apellido Paterno                  Apellido Materno                  Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:    
Lugar                                  día/mes/año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

N° BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:     
Avenida/Calle                                  N°                                  Dpto.

CIUDAD:

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO N° :

HABILITACIÓN: SI ☐ NO ☐

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA) : SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

SECIGRA (SI APLICA) : SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple de la constancia de egresado y el certificado de SECIGRA.



## II. FORMACIÓN ACADÉMICA:

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

Nivel alcanzado (1) Título (1)	Nombre de la Profesión/ Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (DD/MM/aaaa)
Doctorado					
Maestría					
Título Universitario					
Bachillerato					
Egresado de Estudios Universitarios					
Título Técnico					
Egresado de Estudios Técnicos					
Secundaria					

### Nota:

(1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.

(2) Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO)

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Otro Tipo de estudios	Nombre de la Especialidad o curso u otros	Institución /universidad o centro de estudios	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título, constancia o certificado (mes/año (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Cursos y/o capacitación					
capacitación					
Informática					
Idiomas					

## III. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral cronológico (prestaciones de servicios en unidades ejecutoras del Pliego 011 Ministerio de Salud, Unidades Ejecutoras de los gobiernos regionales, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. No se consideran las prestaciones de servicios realizado en el Seguro Social de Salud ( EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.



Nº (1)	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
2					
3					
4					
Total					

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso.

Marcar con un aspa según corresponda:

SI

☐

NO

☐

..... del 20.....

Firma