

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA POSTULAR A LA CONVOCATORIA

Solicito: Inscripción como Postulante

Señor Presidente del Comisión:

Yo, _____ identificado/a con D.N.I.
N° _____, domiciliado/a en:
_____ Provincia de _____
Departamento de _____

Ante usted me presento y manifiesto mi deseo de participar en **CONTRATACION DE PERSONAL PROFESIONAL DE SALUD MEDICO Y NO MEDICOS, PERSONAL TECNICO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO COMPRENDIDOS DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057 DE LA RED DE SALUD SARASARA** de la Dirección Regional de Ayacucho, aceptando las Bases establecidas, para postular al cargo de:

CODIGO DE PLAZA:

Convocado por la Institución. Para lo cual declaro que cumpla íntegramente con los requisitos establecidos en las bases correspondientes y cumpla en adjuntar la documentación que lo sustenta.

Lugar y fecha,

Firma:

Huella:



ANEXO N° 02

FORMATO DE CURRICULUM VITAE

I. DATOS PERSONALES:

_____/_____/_____
Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

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

ESTADO CIVIL: _____

NACIONALIDAD: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente): DNI ☐ C. Extranjería ☐ N° _____ ☐

REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC N° _____

DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una "x" el tipo):
_____/Calle/Jirón _____ N° _____ Dpto. / Int. _____ Avenida _____

URBANIZACIÓN: _____

DISTRITO: _____

PROVINCIA: _____

DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONO: _____/_____

CELULAR: _____/_____

CORREO ELECTRÓNICO: _____@_____

COLEGIO PROFESIONAL: _____

REGISTRO N°: _____

PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ ☐ NO ☐ N° _____

Si la respuesta es afirmativa, indicar el N° de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SÍ ☐ NO ☐

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

DEPORTISTA CALIFICADO ALTO NIVEL SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición Deportista Calificado de Alto Nivel.

II. ESTUDIOS REALIZADOS

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado conforme a las bases** del presente proceso (fotocopia simple).



TÍTULO O GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO	CIUDAD / PAÍS	Nº FOLIO
			(Mes / Año)		
DOCTORADO					
MAESTRÍA					
ESPECIALIDAD					
TÍTULO PROFESIONAL UNIVERSITARIO					
ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros)					

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO:

Nº	NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA INICIO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (Mes / Año)	CIUDAD / PAÍS	Nº FOLIO
1º							
2º							
3º							
4º							
5º							

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la RED DE SALUD SARASARA tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI:

FECHA:



Huella Digital

Firma

DECLARACIÓN JURADA
(Actividades o Funciones efectuadas)

Yo,....., identificado (a) con DNI N°, declaro bajo juramento que durante el tiempo de mi EXPERIENCIA LABORAL, la cual ha sido acreditada mediante documentos adjuntos, **efectué las ACTIVIDADES o FUNCIONES siguientes:**

a) Experiencia general:

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida de acuerdo al perfil de puestos del área usuaria.

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	N° Página
1						
<u>Actividades o funciones realizadas:</u>						
2						
<u>Actividades o funciones realizadas:</u>						
3						
<u>Actividades o funciones realizadas:</u>						
4						
<u>Actividades o funciones realizadas:</u>						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).



b) Experiencia específica en la función o la materia:

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida de acuerdo al perfil de puestos solicitadas por el área usuaria.

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	N° FOLIO
1						
<u>Actividades o funciones realizadas:</u>						
2						
<u>Actividades o funciones realizadas:</u>						
3						
<u>Actividades o funciones realizadas:</u>						
4						
<u>Actividades o funciones realizadas:</u>						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

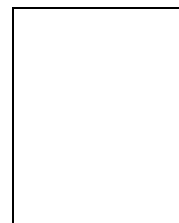
En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la RED DE SALUD SARASARA tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI:

FECHA:



Huella Digital

Firma

Anexo 03

DECLARACIÓN JURADA

Yo,.....
(Nombres y Apellidos); identificado (a) con DNI N°.....; con domicilio en; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso para la **CONTRATACION DE PERSONAL PROFESIONAL DE SALUD MEDICO Y NO MEDICOS, PERSONAL TECNICO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO COMPRENDIDOS DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1057 DE LA RED DE SALUD SARASARA**, a fin de participar en el proceso de selección descrito.

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

- NO ME ENCUENTRO INCURSO EN NINGUNA DE LAS CAUSALES QUE IMPIDEN MI CONTRATACIÓN
- ESTAR EN EJERCICIO Y EN PLENO GOCE DE MIS DERECHOS CIVILES.
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO AL CUAL ESTOY POSTULANDO.
- NO TENER CONDENA POR DELITO DOLOSO
- NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN PARA CONTRATAR CON EL ESTADO O PARA DESEMPEÑAR FUNCIÓN PÚBLICA.
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN EL PERFIL DE LA PRESENTE CONVOCATORIA.

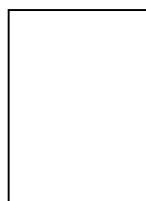
Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 51° del TUO de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.

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

Ciudad de del díadel mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar

ANEXO 04

DECLARACIÓN JURADA

Yo,, identificado (a)
con DNI Carné ☐ xtranjería ☐ Pasaporte ☐ Otros N°
.....

Ante usted me presento y digo:

Que, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

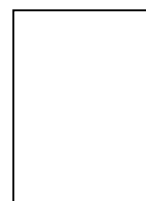
Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

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

Ciudad de del día del mes de del año 20....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar

ANEXO 05

DECLARACIÓN JURADA

Yo,.....,
identificado(a) con DNI N° y con domicilio en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registrar antecedentes policiales y No registrar antecedentes judiciales, a nivel nacional. Asimismo, tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporciono, autorizo a la RED DE SALUD SARASARA, a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 34° del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

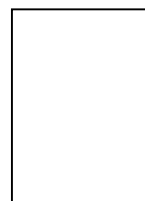
Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

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

Ciudad de del díadel mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar

ANEXO 06

DECLARACIÓN JURADA

Yo, , identificado(a) con DNI N°
..... y con domicilio en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que en la Red de Salud Sarasara , SI () o NO () se encuentran laborando mis parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar a la entidad.

Asimismo, declaro que:

- NO () tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en la Red de Salud Sarasara
- SI () tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en Red de Salud Sarasara , cuyos datos señalo a continuación:

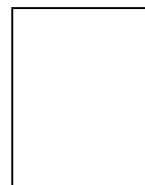
Grado o relación de parentesco o vínculo conyugal	Área de Trabajo	Apellidos	Nombres

El marco legal que asiste a esta Declaración Jurada está basada en los alcances de la Ley N° 26771, modificado por Ley N° 30294 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias Decreto Supremo N° 017-2002-PCM y Decreto Supremo N° 034-2005-PCM. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

Ciudad de del día del mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



ANEXO 07

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

(Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales)

Yo, _____
identificado/a con DNI _____, participante del presente proceso, autorizo a la Red de Salud Sarasara o a una entidad tercera contratada por dicha entidad, a validar información de mis datos personales en fuentes accesibles públicas y/o privadas.

Asimismo, brindo referencias laborales de mis últimos trabajos, verificando que los teléfonos se encuentran actualizados:

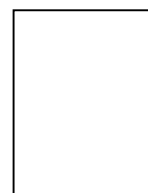
	REFERENCIA 1	REFERENCIA 2	REFERENCIA 3	REFERENCIA 4
EMPRESA / ENTIDAD				
DIRECCIÓN				
CARGO / PUESTO DEL POSTULANTE				
NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO				
TELÉFONOS				
CORREO ELECTRÓNICO				

En caso de resultar falsa la información que proporcione, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, concordante con el artículo 34° del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Ciudad de del día del mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



impresión Dactilar

ANEXO 08

DECLARACION JURADA

Yo,, Identificado con D.N.I.Nº, con domicilio en.....
, **DECLARO BAJO JURAMENTO, y de acuerdo a la Ley 27444, Ley de Procedimientos Generales Art. IV, Inc.1.1 y 1.7, que la declaración formulada responden a la veracidad de los hechos y a la legalidad**, actualmente me encuentro con libre disponibilidad para trabajo.

En caso de ser comprobada la falsedad de mi declaración, me Someto a las sanciones dispuestas en la normatividad vigente

Ciudad de del díadel mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



ANEXO 09

DECLARACION JURADA
DE GOZAR DE BUENA SALUD FISICA Y MENTAL

Yo,, Identificado con D.N.I. N°, con domicilio en.....
, **DECLARO BAJO JURAMENTO, gozar de buena salud física y mental.**

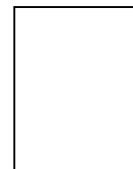
En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito contra la fe pública, falsificación de documentos, (artículo 427 del Código Penal en concordancia con el artículo IV numeral 1.7) “Principio de veracidad” del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley 27444.

En caso de ser comprobada la falsedad de mi declaración, me Someto a las sanciones dispuestas en la normatividad vigente

Ciudad de del díadel mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar