

ANEXO N° 01

ASUNTO: SOLICITO PARTICIPAR EN EL proceso de Convocatoria de Selección de plazas R.O. D.L. N° 276 N° 001-2022 DE LA RED DE SALUD SAN FRANCISCO.

**SEÑORES DEL COMITÉ DEL PROCESO de Convocatoria de Selección de plazas R.O. D.L. N° 276 N° 001-2022 DE LA UNIDAD EJECUTORA 408 – RED DE SALUD SAN FRANCISCO**

(Nombres y Apellidos) ....., identificado/a con DNI N°....., servidor/a de carrera con el cargo de (que actualmente ocupa) ....., nivel remunerativo (que corresponda) ..... del/la (órgano o unidad orgánica) .....

con el debido respeto me presento y expongo:

Que, deseando participar en el proceso de Convocatoria de Selección de plazas R.O. D.L. N° 276 N° 001-2022 de la Unidad Ejecutora 408 – RED DE SALUD SAN FRANCISCO, solicito a usted se sirva admitir mi postulación al cargo de ....., código: .....

Asimismo, declaro bajo juramento que tengo conocimiento del contenido de las disposiciones y procedimientos previstos en las Bases del Concurso de Convocatoria de Selección de plazas R.O. D.L. N° 276 N° 001-2022, al cual me someto plenamente y en caso de resultar ganador/a me comprometo a tomar posesión del cargo, dentro de los plazos que se establezcan.

Por lo expuesto:

Solicito a usted se sirva admitir mi postulación al proceso.

Ayna San Francisco, ..... de diciembre de 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
NOMBRES Y APELLIDOS:  
DNI:

ANEXO N° 02

CONCURSO DE CONVOCATORIA DE SELECCIÓN DE PLAZAS R.O. D.L. N° 276 N° 001-2022 DE LA  
UNIDAD EJECUTORA 408 RE DE SALUD SAN FRANCISCO  
FORMATO DE FICHA DE CURRICULUM VITAE (CV)

I. DATOS PERSONALES:



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

día/mes/año  Lugar

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°:  TACIÓN: SI  NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA): SI  NO

II. **PERSONAL CON DISCAPACIDAD**

El postulante es discapacitado:



SI   
 NO

N° REGISTRO

**III. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

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



Título (1)	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título (2) (DD/MM/aaaa)	Folio
Doctorado						
Maestría						
Título Universitario						
Bachillerato						
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:**

Concepto	Especialidad	Instituto	Ciudad/País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (DD/MM/aaaa)	Folio
Segunda Especialización						
Post-Grado o Especialización						
Post-Grado o Especialización						
Post-Grado o Especialización						
Post-Grado o Especialización						






Concepto	Especialidad	Instituto	Ciudad/País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (DD/MM/aaaa)	Folio
Cursos y/o Capacitación						
Cursos y/o Capacitación						
Cursos y/o Capacitación						
Cursos y/o Capacitación						
Cursos y/o Capacitación						

Consignar los cursos y/o capacitaciones de los últimos 5 años

**IV. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.



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)	Folio
1						
Breve descripción de la función desempeñada:						
Marcar con aspa según corresponda: Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otro ( ) _____						
Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)	Folio
2						
Breve descripción de la función desempeñada:						



Marcar con aspa según corresponda:

Pública (  ), Privada (  ), ONG (  ), Organismo Internacional (  ),

Otro (  ) \_\_\_\_\_

Nº	Nombre De La Entidad o Empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)	Folio

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública (  ), Privada (  ), ONG (  ), Organismo Internacional (  ),

Otro (  ) \_\_\_\_\_

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)	Folio
4						

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública (  ), Privada (  ), ONG (  ), Organismo Internacional (  ), Otro(  ) \_\_\_\_\_

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

### DESEMPEÑO LABORAL

Sera evaluado de acuerdo a la información que obra en su legajo personal.

Ayna, San Francisco ,..... de diciembre de 2022



\_\_\_\_\_  
FIRMA  
NOMBRES Y APELLIDOS:  
DNI:

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



**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA  
(D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)**



Conste por el presente que el (la) señor(ita) .....  
Identificado (a) con D.N.I. N° ..... con domicilio en .....  
en el Distrito de .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA "X", según corresponda):**

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

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



Quien (es) laboran en esta DIRESA, 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 | CUÑADO), que laboren en este Ministerio.

Lugar y fecha,.....

-----  
Firma

Huella Digital



**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD FISICA Y MENTAL**



Por el presente documento, Yo ..... identificada/o con DNI: .....  
domiciliado en ..... de la provincia de .....  
en virtud a lo dispuesto DECLARO: que mi persona goza de buena salud física, mental y estar habilitada para el proceso de .....

En caso de resultar la información que proporciono sea falsa, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsedad en procesos administrativos, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 ° del Código Penal y delitos contra la fe pública, que prevé pena privativa de libertad de hasta 4 años, acorde al artículo 32° de la ley N°27444 Ley del procedimiento administrativo General.



....., ..... , diciembre del 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
APELLIDOS Y NOMBRES:  
DNI:





**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA**  
(Antecedentes policiales, penales)

Yo, ....., identificado (a) con DNI N°  
....., domiciliado

....., declaro bajo juramento

que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud.

Lugar y fecha,.....



-----  
Firma



Huella Digital



ANEXO N° 07

**DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER SIDO SANCIONADO**



Por el presente documento, Yo ..... identificada/o con DNI: ....., domiciliada en ..... de la provincia ....., en virtud a lo dispuesto DECLARO: que mi persona durante los años de servicio en el ..... nunca fuí sancionado por falta de carácter disciplinario ni funcional en el periodo de cinco años a la fecha del presente concurso.

En caso de resultar la información que proporciono sea falsa, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsedad en procesos administrativos, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 ° del Código Penal y delitos contra la fe pública, que prevé pena privativa de libertad de hasta 4 años, acorde al artículo 32° de la ley N°27444 Ley del procedimiento administrativo General.



....., ..... , diciembre del 2022

---

FIRMA  
APELLIDOS Y NOMBRES:  
DNI:



ANEXO N° 08

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

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

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **“Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD”**. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad

