

ANEXO 01
SOLICITUD DE INSCRIPCION

Yo;....., identificado (a) con DNI
N°....., domiciliado en
....., de profesión u/o ocupación.....

....., me presento ante Ud. Sr. presidente de la Comisión Evaluadora.,
para **manifestar mi voluntad de participar en el proceso de concurso público en el marco del D.L. 1057 y su reglamento, al Puesto de Salud Huayllati. Solicito se sirvan admitir mi participación en el proceso vigente.**

1. Copia de DNI.
2. Copia fedateada de mi Título profesional / Técnico / Certificado de Estudios Secundarios Conclucos y Curriculum Vitae.
3. Copia de Resolución de Término SERUMS.
4. Declaración jurada de no encontrarme inhabilitado para ser prestador de servicios al Estado.
5. Declaración jurada de no contar con antecedentes judiciales y penales.
6. Constancia de Habilidad Profesional.
7. Otros.

Declaro bajo juramento de Ley, que los documentos adjuntos son copia fiel de los originales, de acuerdo a lo previsto en el numeral 49.1.1 del Artículo 49° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS.

Chuquibambilla,.....de....., de 2026.

Firma.....
DNI.....
Nombre.....



ANEXO 02

DECLARACIÓN JURADA

El (la) que suscribe,
identificado con DNI N°, con domicilio real en el
.....

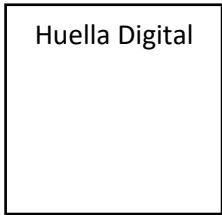
DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No tener impedimento para ocupar un cargo en el Estado.
- Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
- Tener buena conducta.
- Tengo menos de 75 años de edad
- No estar inhabilitado para el ejercicio profesional o el ejercicio de la función pública.
- No estar inscrito en el RNSSC.
- No registrar Antecedentes Penales, Policiales, ni Judiciales.
- Gozar de buena salud física y mental.
- No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias dispuesta con sentencia o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en proceso cautelar o en ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que hayan ameritado inscripción en el Registro de Deudores Alimentarios según Ley N° 28970.

En caso de ser falsa la información declarada, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Proceso Administrativo, 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.

Chuquibambilla, de....., del 2026

Firma.....
DNI.....
Nombre.....



ANEXO 03

DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO

El (la) que suscribe,,
identificado con DNI N°, con domicilio real en el
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

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

EN CASO DE TENER PARIENTES EN LA UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD GRAU – DIRESA/MINSA.

Declaró bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia....., de la Red de Salud Grau, presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombrados indicios, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:

APELLIDOS NOMBRES	GRADO DE PARENTESCO	CARGO QUE OCUPA

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

Chuquibambilla,de....., del 2026

Firma.....
DNI.....
Nombre.....

Huella Digital

ANEXO 04

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN

El (la) que suscribe,,
identificado con DNI N°, con domicilio real en el
.....
Contratado / nombrado con Resolución / Contrato N°

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- Tengo conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado.
- Percibo otra remuneración a cargo del Estado, en la siguiente institución:

Nombre de la Institución por la que percibe o percibirá remuneración a cargo del Estado:	
Cargo que ocupa/rá:	
Condición Laboral:	() Nombrado () Contratado
Horario Laboral:	
Dirección de la institución:	

(NO) (SI) Tengo incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo.

Chuquibambilla,de....., del 2026

Firma.....
DNI.....
Nombre.....

Huella Digital

ANEXO 05

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

El (la) que suscribe,,
identificado con DNI N°, en calidad de trabajador del Ministerio de Salud, 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 al
MINSa y al Estado.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con el MINSa, declaro bajo juramento que aceptare
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.

Chuquibambilla, de....., del 2026

Firma.....
DNI.....
Nombre.....

Huella Digital

ANEXO 06

DECLARACIÓN JURADA DE ELECCIÓN DE SISTEMA DE PENSIONES

Yo, identificado (a) con D.N.I.
N°, con fecha de nacimiento / / y domicilio actual
en.....correo
electrónico.....y teléfono móvil

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(SI) me encuentro afiliado(a) al siguiente Sistema Pensionario:

SNP (Sistema Nacional de Pensiones) AFP (Sistema privado de pensiones)

Integra	<input type="checkbox"/>	Profuturo	<input type="checkbox"/>
Habitad	<input type="checkbox"/>	Prima	<input type="checkbox"/>

CUSPP:
Fecha Afiliación:

No estar afiliado a ningún sistema de pensiones y voluntariamente deseo afiliarme al:

- () Sistema Nacional de Pensiones (ONP)
- () Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Chuquibambilla,, de....., del 2026

Firma.....
DNI.....
Nombre.....

Huella Digital

Declaro tener conocimiento de los alcances, del TUO de la LPAG, asimismo, declaro que la información que consigno en el presente documento es real y veraz, en caso de detectarse fraude o falsedad, me someteré a la sanción que establece la Ley.

ANEXO 07

DATOS PERSONALES / FORMACION ACADÉMICA

1.- DATOS PERSONALES.

DNI	
Nombres y Apellidos	
Profesión	
Dirección	
Teléfono Celular	
Teléfono Fijo	
Correo Electrónico	

Los datos consignados deberán ser acreditados. Cuando el postulante no adjunte los datos y documentos necesarios para la evaluación, dicho formato no merecerá evaluación alguna por parte del mismo.

2.- FORMACIÓN ACADÉMICA (al completar los campos empiece por la formación más reciente).

FORMACIÓN ACADEMICA	Nombre de la institución	Grado académico	Profesión	Mes / Año		Años de estudios
				Desde	Hasta	
Educación Secundaria Completa (solo para piloto de ambulancia)						
Formación Técnica						
Formación Universitaria						

COLEGIATURA (Profesionales de la salud)		
	SI	NO
¿Es usted colegiado?		
¿Se encuentra habilitado?		

OBSERVACIONES (Acreditar)		
	SI	NO
Persona con discapacidad		
Persona licenciada FF.AA		
Deportista calificado		

