**ANEXO Nº 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**CONCURSO PÚBLICO PARA COBERTURA DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO Nº 276 LEY DE BASES DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA Y REMUNERACIONES DEL SECTOR PÚBLICO.**

Señor presidente de la Comisión del Concurso Público de Cobertura de Plazas Vacantes.

Yo, ………………………………………………………………………………………………………………….

Identificado con Documento Nacional de Identidad Nº ………………………………………………………..

Con domicilio en …………………………………………………………………………………………………..

Distrito de ………………………………………………………………………………………………………….

Provincia …………………………………………………………………………………………………………..

Y departamento de ……………………………………………………………………………………………….

Datos del cargo al que postula:

CARGO ……………………………………………………………………………………………………………

CAP ………………………………………………………………………………………………………….……..

Acudo a usted, para solicitarle se me considere en el Concurso Público para Cobertura de Plazas Vacantes Presupuestadas, existentes en el Presupuesto Analítico de Personal (PAP) de la Unidad Ejecutora Nº 405 – Red de Salud Ayacucho Norte, en ese sentido, adjunto anexos 02, 03, 04, 05 y 06, copia simple de mi documento nacional de identidad y el currículo vitae en copia simple, a (……) folios para la evaluación correspondiente.

Por tanto, manifiesto mi voluntad de someterme a los criterios, procedimientos, evaluaciones y requisitos establecidos en los lineamientos y bases del concurso.

Huanta, ……. de ……………………… del 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 02**

**CONCURSO PÚBLICO PARA COBERTURA DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS BAJO EL REGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO Nº 276**

**FICHA DE RESUMEN**

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDOS PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
|   |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |   |   |
|   | Lugar | dia/mes/año |
| NACIONALIDAD |   |
|   |
| ESTADO CIVIL |   |
|   |
| DNI |   |
|   |
| RUC |   |
|   |
| DIRECCIÓN |   |
|   |
| CIUDAD |   |
|   |
| DISTRITO |   |
|   |
| TELEFONO FIJO |   | CELULAR |   |
|   |
| CORREO ELECTRÓNICO |   |
|   |
| COLEGIO PROFESIONAL |   |
|   |
| REGISTRO |   |
|   |
| LUGAR DE REGISTRO |   |
|   |
| SERUMS | Si  |   | No |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nº RESOLUCIÓN DE SERUMS |   |
| Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, el cual se acredita haber realizado SERUMS. |

1. **PERSONAL CON DISCAPACIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Acredita certificado de discapacidad | SI |  |   |  | Nº REGISTRO |  |   |
|  |
| NO |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el cual se acredite su condición. |

1. **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

|  |
| --- |
| El postulante es Licenciado de las fuerzas armadas  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SI |  |   |  | NO |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado. |

1. **FORMACIÓN O NIVEL ACADÉMICO**

|  |
| --- |
| (En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir solo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Título (\*) | Especialidad | Universidad, Instituto a Colegio | Estudios Realizados desde/hasta (mes/año) | Estudios Realizados desde/hasta (mes/año) | Fecha de extensión del Título (2) (mes/año) |
|  |
| Maestría |   |   |   |   |   |  |
| Título |   |   |   |   |   |  |
| Bachillerato |   |   |   |   |   |  |
| Estudios Técnicos |   |   |   |   |   |  |
|   |  |
| 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) |  |

 **CURSOS / CAPACITACIONES.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | TIPO DE EVENTO (CURSOS DE ESPECIALIZACION, DIPLOMADOS, CERTIFICADOS, SEMINARIOS, ETC) | NOMBRE DEL EVENTO ACADEMICO | HORAS  | N° PAG. Y/O FOLIO DEL DOCUMENTO SUSTENTATORIO: |
| 01 |  |   |  |   |
| 02 |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |

**EXPERIENCIA LABORAL:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O DE LA EMPRESA**  | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO (DÍA/MES/AÑO)** | **FECHA DE TERMINO (DÍA/MES/AÑO)** | **TOTAL DEL TIEMPO ACUMULADO (MESES)** | **N° PAG. Y/O FOLIO DEL DOCUMENTO SUSTENTARIO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL DE TIEMPO ACUMULADO |  |

Huanta,….…, de ……………………….. del 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

DNI Nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO POR RAZONES DE CONSANGUINEIDAD, MATRIMONIO Y AFINIDAD**

**Señores:**

**CONCURSO PÚBLICO PARA COBERTURAR DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS BAJO EL RÉGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO Nº 276 LEY DE BASES DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA Y REMUNERACIONES DEL SECTOR PÚBLICO.**

Yo, ……………………………………………………………………………………………………………………

Identificado con documento nacional de identidad Nº …………………………………………………………….

Domiciliado en …………………………………………………………………………………………….................

En virtud a lo dispuesto en la Ley Nº 26771 y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo Nº 022-2000-PCM, y sus modificaciones,

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, que:

NO ( ) tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio (padre, hermano, hijo, tío, sobrino, primo, nieto, suegro, cuñado) con algún miembro de la Comisión del Concurso Público para Cobertura de Plazas Vacantes Presupuestadas en la Condición de Servidores Contratados de Naturaleza Permanente bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo Nº 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector Público.

SI ( ) tengo algún vínculo familiar, legal o civil, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con personal de la institución bajo cualquier modalidad y a continuación detallo los datos respectivos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** | **VÍNCULO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Huanta, ……………………… de …………………….. del 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 04**

**DECLARACIÓN JURADA**

El que suscribe, ………………………………………………………………………………

Identificado con documento nacional de identidad Nº ……………………………………

Domiciliado en …………………………………………………………………………………

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

* No registrar antecedentes penales, policiales, ni judiciales, gozar de buena salud física y mental y estar habilitado 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 la calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimenticias devengadas en un proceso cautelar o en proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la suscripción en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley Nº 28970.
* No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones o Destitución o Despido RNSDD.

En caso de resultar la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – artículo 411º del Código Penal y Delitos contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32º de la Ley Nº 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.

Huanta, ………….. de ………………… del 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

 DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 05**

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD

El que suscribe, ………………………………………………………………………………

Identificado con documento nacional de identidad Nº ……………………………………

Domiciliado en …………………………………………………………………………………

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49º y 51º de Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General,

Huanta, ………….. de ………………… del 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

 DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 06**

DECLARACIÓN JURADA DE NO ENCONTRARSE EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM

El que suscribe, ……………………………………………………………………………………….…

Identificado con Documento Nacional de Identidad Nº …………………………………………….…

Domiciliado en ……………………………………………………………………………………………

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
|   | NO estar registrado en el REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM creado y registrado por Ley Nº 26970 y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 002-2007-JUS. |
|  |
|  |  |
|   | SI estar registrado en el REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM creado y registrado por Ley Nº 26970 y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 002-2007-JUS. |  |
|  |

Por medio de la presente declaracion en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49º y 51º del Decreto Suprmeo Nº 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.

Huanta, ………….. de ………………….. del 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

 DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_