



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
Dirección Regional de Salud



RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ
Gobierno Regional De Lima

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

(MODELO DE RÓTULO)

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE CONCURSO DE PROVISIÓN DE PLAZAS
PARA CONTRATO A PLAZO FIJO N°002-2024 – RED DE SALUD HUAROCHIRÍ

**CONCURSO DE PROVISIÓN DE PLAZAS PARA CONTRATO A PLAZO FIJO N°002-
2024**

Nombres y Apellidos:	_____
DNI:	_____
Domicilio:	_____
N° de celular:	_____
Correo Electrónico:	_____
Cargo al que postula (*):	_____
Nivel (*):	_____
Código AIRHSP (*):	_____
Establecimiento de Salud (*):	_____
N° de Folios Presentados:	_____

(*) Los datos correspondientes se encuentra consignados en el punto 8.4 “Plazas vacantes presupuestadas”



(ANEXO 1)

SOLICITO: PARTICIPAR EN CONCURSO DE PROVISIÓN
DE PLAZAS PARA CONTRATO A PLAZO FIJO
N°002-2024

Señores:
**COMISIÓN DE CONCURSO DE PROVISIÓN DE PLAZAS PARA CONTRATO A PLAZO FIJO N°001-
2024 DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ**

Presente.

De mi consideración:

Yo,, identificado/a
con DNI N°....., con domicilio legal en
.....; ante
usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo conocimiento del CONCURSO DE PROVISIÓN DE PLAZAS PARA CONTRATO
A PLAZO FIJO N°002-2024, el cual se llevará a cabo en la Red de Salud Huarochiri, y
contando los requisitos necesarios para ocupar la plaza de _____, nivel _____,
Código AIRHSP _____, en el establecimiento de salud _____,
solicito aceptar mi participación en el presente Concurso, para lo cual me someto a lo
dispuesto por las normas vigentes para lo cual adjunto lo siguiente:

1. Solicitud de Inscripción (Anexo 1) y Boleta de Inscripción
2. Declaración Jurada (Anexo 02)
3. Declaración Jurada de Nepotismo (Anexo 03)
4. Declaración Jurada de no tener antecedentes penales, policiales y judiciales (Anexo 04)
5. Declaración Jurada de Afiliación al Régimen Previsional (Anexo 05)
6. Copia de Documento Nacional de Identidad (DNI)
7. Documento oficial emitido por la autoridad competente que acredita la Condición de Discapacidad y/o Licenciado de las Fuerzas Armadas, de corresponder. (caso contrario omitir).
8. Curriculum Vitae (CV) documentado
9. Total folios: _____

Por lo expuesto: Ruego a usted señor presidente, aceptar mi solicitud por ser procedente y justa.

Lima, ___ de _____ del 2024

Firma



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

BOLETA DE INSCRIPCIÓN

CARGO Y NIVEL AL QUE POSTULA: _____

DATOS DEL POSTULANTE:

APELLIDO PATERNO: _____

APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRES: _____

NÚMERO DE DNI: _____

DOMICILIO: _____

DISTRITO: _____

SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____

EDAD: _____

FECHA NACIMIENTO: _____

LUGAR NACIMIENTO: _____

PERSONA CON DISCAPACIDAD: SI (____) NO (____)

(En caso que su respuesta sea afirmativa)

TIPO DE DISCAPACIDAD: _____

INSTRUCCIÓN:

- SECUNDARIA ()
- TÉCNICO ()
- SUPERIOR ()
- EGRESADO ()
- BACHILLER ()
- TITULADO ()

Firma del postulante
DNI N°.....



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

(ANEXO N° 02)

DECLARACION JURADA

El que suscribe,,
identificado con DNI N°, y con domicilio legal en
....., Estado civil natural
del Distrito de, Provincia de
Departamento de.....

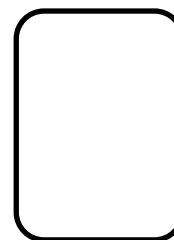
DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No tener vínculo laboral bajo el Decreto Legislativo N° 276 con otra entidad pública
2. Gozar de Buena Salud Física Mental
3. No encontrarme sancionado en ninguna entidad pública, (De haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
4. No encontrarme inhabilitado para ejercer cargo en el Estado.
5. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere el caso).
6. No tener inhabilitación vigente en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC)
7. No estar inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) y en el Registro de Deudores Judiciales Morosos (REDJUM)
8. No encontrarme incurso en caso de Nepotismo.
9. No tener antecedentes policiales ni penales.
10. Que la información detallada en mi Curriculum Vitae, así como los documentos que se incluyen, son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad.

Lima, de del 2024

FIRMA DEL DECLARANTE



Huella

Formulo la presente declaración jurada en virtud del principio de veracidad previstos en los artículos IV numeral 1.7. y 42° de la Ley 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, sujetándose a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

(ANEXO N° 03)

DECLARACION JURADA DE NEPOTISMO

SEÑORES:
**COMISIÓN DE CONCURSO DE PROVISIÓN DE PLAZAS PARA CONTRATO A PLAZO
FIJO N°001-2024 DE LA RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ**

Presente.-

Por el presente yo,
identificado/a con Documento Nacional de Identidad N°
domiciliado/a en
.....

En virtud a lo dispuesto en 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, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

- NO ()**
- SI ()**

Cuento con parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y por razón de matrimonio a la fecha, los cuales se encuentren prestando servicios en la Red de Salud Huarochiri.

De marcar la opción SI, indicar el grado de parentesco.

NOMBRES Y APELLIDOS	GRADO DE PARENTESCO	ORGANO U OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIO

Lima, de del 2024

FIRMA DEL DECLARANTE

Formulo la presente declaración jurada en virtud del principio de veracidad previstos en los artículos IV numeral 1.7. y 42° de la Ley 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, sujetándose a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

(ANEXO N° 04)

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES NI
JUDICIALES**

Yo,, identificado (a) con DNI N°
....., estado civil con domicilio legal en

DECLARO BAJO JURAMENTO NO CONTAR CON:

- Antecedentes Penales
- Antecedentes Judiciales
- Antecedentes Policiales

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

Lima, de del 2024

FIRMA DEL DECLARANTE

Formulo la presente declaración jurada en virtud del principio de veracidad previstos en los artículos IV numeral 1.7. y 42° de la Ley 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, sujetándose a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

(ANEXO N°05)

DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN PREVISIONAL

Me encuentro afiliado a algún régimen de pensiones:

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Elijo el siguiente régimen de pensiones:

En un plazo de cinco (05) días hábiles de adjudicar la plaza me comprometo a presentar ante el Unidad de Personal mis documentos que acrediten mi afiliación a algún régimen previsional y la solicitud de continuar aportando a dicho régimen, debiendo indicar si suspendí los pagos o si me encontraba aportando un monto voluntario, y en su caso de optar por aportar como afiliado regular, a fin que la Red de Salud Huarochiri efectúe la retención correspondiente.

Sistema Nacional de Pensiones D. L. N°19990	<input type="checkbox"/>
Sistema Privado de Pensiones D.L. N° 25897	<input type="checkbox"/>
HABITAT	<input type="checkbox"/>
HORIZONTE	<input type="checkbox"/>
INTEGRA	<input type="checkbox"/>
PROFUTURO	<input type="checkbox"/>
PRIMA	<input type="checkbox"/>
OTROS (Especificar nombre):	<input type="checkbox"/>

Lima, de del 2024

FIRMA DEL DECLARANTE

Apellidos y Nombres : _____

DNI N° _____