

## CAPITULO IV

### ANEXO N° 01

#### FICHA RESUMEN CURRICULAR (Con Carácter de Declaración Jurada)

#### I. DATOS PERSONALES:

Apellido Paterno: .....

Apellido Materno: .....

Nombres: .....

Nacionalidad: .....

Fecha de Nacimiento: .....

Lugar de Lugar de Nacimiento: .....

Departamento: .....Provincia:.....Distrito:.....

Documento de Identidad:.....

R.U.C. N.º: ..... Estado Civil: ..... N.º de hijos: .....

Dirección Domiciliaria según DNI. Avenida/Calle/Jirón): .....

.....

Teléfonos (\*): .....Correo electrónico (\*): .....

Estudios Primarios en la Institución Educativa de:.....

Estudios Secundarios en la Institución Educativa de:.....

Colegio Profesional (N.º si aplica): .....

MARQUE CON UN ASPA (X):

ES PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
ES PERSONA LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO

(\* Consigne correctamente su número telefónico y dirección electrónica, pues en el caso de requerirse, la entidad utilizará tales medios para la respectiva comunicación.

#### II. FORMACIÓN ACADEMICA:

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple).

Título o Grado	Nombre de la Institución	Profesión o Especialidad	FECHA DE EXPEDICION DEL TITULO	CIUDAD/PAIS	N.º FOLIOS (*)
			(MES/AÑO)		
DOCTORADO					
MAESTRIA					
TITULO PROFESIONAL O UNIVERSITARIO					
BACHILLER / EGRESADO					
ESTUDIOS TECNICOS (Computación, idiomas entre otros).					
ESTUDIOS (Primarios/Secundarias)	(Solo llenar si el perfil de puesto lo requiere).				

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite su formación académica.

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

N°	Nombre del curso y/o estudios de especialización y/o diplomado	Nombre de la Institución	Año que realizó el curso, diplomado o especialización	Horas lectivas de duración	Ciudad /país	N.º Folio (*)
1º						
2º						
3º						
4º						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite sus cursos y/o capacitaciones

### IV. EXPERIENCIA LABORAL:

#### 1) EXPERIENCIA GENERAL.

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	N.º 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>						
TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL GENERAL:					(XX Años / XX Meses)	

(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.

(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral general.

#### 2) EXPERIENCIA ESPECÍFICA.

##### a) Experiencia específica en la función o la materia en sector público o privado.

Administración Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº FOLIO (*)

1						
<b>Actividades o funciones realizadas</b>						
2						
<b>Actividades o funciones realizadas</b>						
3						
<b>Actividades o funciones realizadas</b>						
4						
<b>Actividades o funciones realizadas</b>						
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA					(XX AÑOS / XX MESES)	

(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.

(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral específica

**b) Experiencia en el sector público (en base a la experiencia requerida para el puesto Administración señalada en la parte A):**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	N.º FOLIO (*)
1						
<b>Actividades o funciones realizadas</b>						
2						
<b>Actividades o funciones realizadas</b>						
3						
<b>Actividades o funciones realizadas</b>						
4						
<b>Actividades o funciones realizadas</b>						
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA EN EL SECTOR PUBLICO					XX AÑOS / XX MESES)	

(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.

(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral específica en el sector público.

## V. MÉRITOS Y/O RECONOCIMIENTOS:

N°	Tipo de Documento: Resolución, Constancia y Carta)	Nombre de la Institución que otorga el documento	Año de emisión del documento (méritos y/o reconocimientos)	Ciudad / país	N.º Folio (* )
1º					
2º					
3º					

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

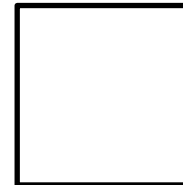
(\*) **Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral general.**

Declaro bajo juramento, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo a la Unidad Ejecutora Red de Salud de Acobamba 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 33° del Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS, Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

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

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital

## ANEXO N.º 02

### DECLARACIÓN JURADA DE HABILITACIÓN

Yo,..... (Nombres y Apellidos); identificado (a) con DNI N.º.....; con domicilio en .....; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N.º .....; cuya denominación es .....; convocado por la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA, a fin de participar en el proceso de selección descrito.

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

- 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 la función pública.
- Cumplir con todos los requisitos señalados en el perfil de la presente convocatoria.

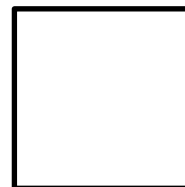
Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley N.º 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.

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

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

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital

### ANEXO N.º 03

### DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES PENALES

Yo, ....., identificado (a) con  
DNI  Carné de Extranjería  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.º 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.

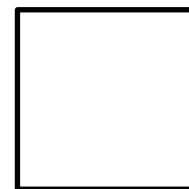
Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

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

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

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital

## ANEXO N.º 04

### DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES Y JUDICIALES

Yo,....., identificado(a) con DNI  
N.º .....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 U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411º del Código Penal y Delito Contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32º de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

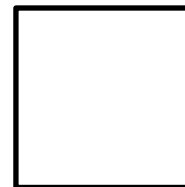
Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

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

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

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital

## ANEXO N.º 05

### DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO (D.S N.º 034-2005-PCM)

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

#### DECLARO BAJO JURAMENTO:

No tener conocimiento que en la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA 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.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N.º 26771, modificado por Ley N.º 30294 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 021-2000-PCM y sus modificatorias Decreto Supremo N.º 017-2002-PCM y Decreto Supremo N.º 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.

Asimismo, declaro que:

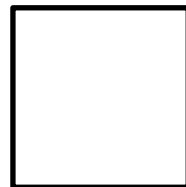
- NO ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA.
- SI ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA, cuyos datos señalo a continuación:

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

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

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital



**ANEXO N.º 06**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

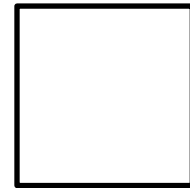
Por la presente, yo:..... Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N.º .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**, por adeudar tres (3) cuotas, sucesivas o no, de obligaciones alimenticias establecidas en sentencias consentidas o ejecutoriadas, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, o por adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, durante el proceso judicial de alimentos que no han sido cancelados en periodo de tres (3) meses desde que son exigibles, los que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N.º 28970.

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

Firma:.....

DNI: .....



Huella Digital

### ANEXO N.º 07

#### DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN PREVISIONAL

Por la presente, yo:.....

Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N.º.....

Manifiesto con carácter de DECLARACION JURADA lo siguiente:

Me encuentro afiliado a algún régimen de pensiones: SI  NO

(Marca con una "X")

En caso que la respuesta es afirmativa indicar:

(Marca con una "X")

Sistema Nacional de Pensiones:	<input type="checkbox"/>
Sistema Privado de Pensiones:	<input type="checkbox"/>
PRIMA	<input type="checkbox"/>
INTEGRA	<input type="checkbox"/>
PROFUTURO	<input type="checkbox"/>
HABITAT	<input type="checkbox"/>

CUSPP N.º.....

En caso de no estar afiliado a ningún régimen elijo al siguiente régimen de pensiones:

Sistema Nacional de Pensiones:	<input type="checkbox"/>
Sistema Privado de Pensiones:	<input type="checkbox"/>
PRIMA	<input type="checkbox"/>
HORIZONTE	<input type="checkbox"/>
INTEGRA	<input type="checkbox"/>
PROFUTURO	<input type="checkbox"/>

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

Firma:.....

DNI: .....

Huella Digital

## ANEXO N.º 08

### DECLARACIÓN JURADA PARA OTORGAMIENTO DE BONIFICACIONES

Yo:.....

Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N.º.....

A efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como.....en.....

.....; Manifiesto con carácter de DECLARACION JURADA lo siguiente:

#### BONIFICACION POR DISCAPACIDAD

(Marque con una "X" la respuesta")

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por el CONADIS.		

#### BONIFICACION POR SER LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

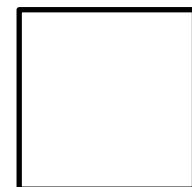
(Marque con una "X" la respuesta")

PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo establecido en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 61-2010-SERVIR/PE, que establece criterios para asignar una bonificación en concurso para puestos de trabajo en la administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de licenciado.		

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

Firma:.....

DNI: .....



Huella Digital

**ANEXO N.º 09**

**DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION**

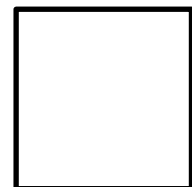
Por la presente, yo:..... Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N.º....., con RUC N°....., domiciliado en....., que se presenta como postulante de la contratación Administrativa de servicios, declaro bajo juramento:

Que no me encuentro inmerso dentro de la incompatibilidad de ingresos establecido en el artículo N.º 7 del Decreto de Urgencia N.º 020-2007 “Normas de Austeridad y Racionalidad en el Gasto Público”, el cual precisa que en el Sector Público no se podrá percibir simultáneamente remuneración y pensión, incluidos honorarios por servicios no personales, asesorías o consultorías, salvo por función docente y la percepción de dietas por participación de uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas, el cual se encuentra concordante con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley N.º 28175 - Ley Marco del Empleo Público.

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

Firma:.....

DNI: .....



Huella Digital