

SOLICITUD DIRIGIDA AL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DEL CONCURSO N° 001 – 2026–
GRA/DRSA/RSCA, PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL ASISTENCIAL DE LA
SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO CANGALLO DE LA UNIDAD EJECUTORA N° 403 – RED
DE SALUD CENTRO AYACUCHO. DECRETO LEGISLATIVO N° 1057.**

SP.

Apellidos y Nombres:

DNI

N°

Lugar y Fecha de Nacimiento, Edad

Dirección Domiciliaria

Presenta algún tipo de Discapacidad (acreditada): SI () NO ()

Teléfono fijo....., Celular.....

E-mail.....

Estado Civil

Que, habiéndome enterado mediante aviso de la convocatoria para la contratación a través de la plaza vacante del Decreto Legislativo N° 1057, para la contratación de:, en la Unidad Ejecutora N° 403 – Red de Salud Centro Ayacucho.

Que, teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la Comisión que usted preside, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

Por tanto, a usted, pido señor presidente de la Comisión acceder a mi solicitud.

Cangallo,, de del

.....
Firma del Postulante
DNI N°

ANEXO N° 01

**DECLARACIÓN JURADA
DE SOMETERSE A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LAS BASES DEL
CONCURSO CAS N° 001 – 2026– GRA/DRSA/RSCA, PARA LA CONTRATACIÓN DE
PERSONAL ASISTENCIAL DE LA SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO CANGALLO DE LA
UNIDAD EJECUTORA N° 403 – RED DE SALUD CENTRO AYACUCHO
DECRETO LEGISLATIVO N° 1057**

Quien suscribe,.....identificado(a) con DNI
N°....., RUC N°..... y con domicilio real en:
.....
Estado civil:, natural del Distrito de:, Provincia de:
..... Departamento de:,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No ser Personal nombrado en la administración pública.
2. No encontrarse sancionado en ninguna Entidad Pública. (De haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
3. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere el caso).
4. No encontrarme inhabilitado para ejercer cargo en el Estado.
5. No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD).
6. No tener antecedentes policiales, judiciales ni penales.
7. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
8. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato.
9. Que la información detallada en mi Currículum 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.

Cangallo,, de del

.....
Firma del Postulante
DNI N°

ANEXO N° 02

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER PROCESOS ADMINISTRATIVOS
VIGENTES NI IMPEDIMENTO PARA CONTRATACIÓN.**

Señores.

RED DE SALUD CENTRO AYACUCHO.

Presente.

De mi consideración:

Por el presente documento.

Yo.....,
identificado(a) con DNI N°, con domicilio....., al
amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento
Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No tener Procesos Administrativos vigentes.
2. No tener Impedimento para contratar con el Estado.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previstos en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal: “El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años”

Cangallo,, de del

.....
Firma del Postulante
DNI N°

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Señores.

RED DE SALUD CENTRO AYACUCHO

Presente.

Por el presente documento, Yo,
identificado (a) con DNI N°....., en
domiciliado (a) en
....., en virtud a lo
dispuesto en la Ley N° 26771 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM,
y modificado mediante Decretos Supremos N° 017-2002-PCM y 034-2005-PCM; y al amparo del
Artículo Preliminar 1.7 de la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General y en pleno
ejercicio de mis derechos ciudadanos

DECLARO BAJO JURAMENTO que:

SI	NO
----	----

Cuento con parientes¹, hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad, y/o
Cónyuge que a la fecha se encuentra prestando servicios en la Unidad Ejecutora N° 403 – Red
de Salud Centro Ayacucho.

En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con
quien(es) me une en vínculo legal indicado es (son):

APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO DE PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL	OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS

Cangallo,, de del

.....
Firma del Postulante
DNI N°

Grado de Parentesco por línea de consanguinidad y afinidad.

Grado	Titular / Cónyuge			
1°	Padre / Madre	Suegro (a)	Hijo (a)	Yerno / Nuera
2°	Abuelo (a)	Hermano (a)	Cuñado (a)	Nieto (a)
3°	Bisabuelo (a)	Tío (a)	Sobrino (a)	Bisnieto (a)
4°	Primo (a)			

El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada cónyuge se halla en igual línea de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso del divorcio y mientras viva el ex cónyuge. (Art. 237° del Código Civil).

ANEXO N° 04

**DECLARACIÓN JURADA DE ENCONTRARME COLEGIADO Y TENER VIGENTE
HABILIDAD PROFESIONAL
(EN CASO DE GRUPO OCUPACIONAL PROFESIONAL)**

Yo,.....
....., identificado con DNI./CE.
N°....., domiciliado
en.....
.....
..... de profesión
..... con
registro N°..... y R.N.E. N°, declaro estar
habilitado en el ejercicio profesional como y a mi especialidad de
.....
.....

Asimismo, declaro que todos los datos consignados anteriormente son verdaderos,
sometiéndome a las sanciones de Ley vigente en caso de falsedad de la presente declaración.

Cangallo, de de 20.....

Firma y Sello del Profesional
Teléfonos:.....

ANEXO N° 05

DECLARACIÓN JURADA PARA BONIFICACIONES ESPECIALES

Yo.....
.....,
Identificado(a) con DNI
N°....., con domicilio real
en de
nacionalidad
....., edad
..... de
civil....., estado
Profesión....., a efectos de cumplir
con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como
..... en la Unidad Ejecutora N° 403 – Red de Salud Centro
Ayacucho, manifiesto con carácter de:

DECLARACIÓN JURADA

lo siguiente: Marcar con (x):

BONIFICACIÓN	SI	NO
BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS.		
BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD.		
BONIFICACIÓN POR SER DEPORTISTA CALIFICADO DE ALTO NIVEL.		
BONIFICACIÓN POR EMPLEO DE JÓVENES TÉCNICOS Y PROFESIONALES EN EL SECTOR PÚBLICO EN LA ENTREVISTA PERSONAL.		
BONIFICACIÓN LEY N° 31129 LEY QUE RECONOCE EL TRABAJO DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA NACIONAL POR LAS GRAVES CIRCUNSTANCIAS QUE AFECTAN LA VIDA Y LA SALUD DE LA NACIÓN A CONSECUENCIA DEL BROTE DEL COVID-19.		

Cangallo, de de 20.....

Firma y Sello del Profesional
DNI N°

ANEXO N° 06
FICHA DE CURRÍCULUM VITAE (CV) DEL POSTULANTE

N° de Convocatoria: 001-2026

Nombre del puesto (cargo a postular) :

Código de plaza :

Oficina/Establecimiento de Salud :

I. DATOS PERSONALES

- **Apellido Paterno** : _____
- **Apellido Materno** : _____
- **Nombres** : _____
- **Lugar y fecha de nacimiento:** _____ / _____ / _____
- **Edad** : _____
- **Nacionalidad** : _____
- **Estado civil** : _____
- **Documento de identidad / Carnet de Extranjería:** _____ N° de Folio
- **RUC** : _____
- **N° Brevete (si aplica)** : _____
- **Dirección** : _____
- **Ciudad** : _____
- **Distrito** : _____
- **Teléfono fijo** : _____
- **Celular** : _____
- **Correo electrónico** : _____
- **Colegio profesional (si aplica):** _____
- **Registro N°** : _____
- **Habilitación** : Sí () No () N° de Folio
- **Lugar del registro** : _____
- **SERUMS (si aplica)** : Sí () No ()
(Adjuntar copia simple de la Resolución de término) N° de Folio
- **SECIGRA (si aplica)** : Sí () No ()
(Adjuntar constancia de egresado y certificado correspondiente) N° de Folio

II. BONIFICACIONES

- a. **Licenciado en las Fuerzas Armadas:** Sí () No () N° de Folio
(Adjuntar documento oficial emitido por la autoridad competente)
- b. **Persona con discapacidad:** Sí () No () N.º de registro: _____ N° de Folio
(Adjuntar documento oficial emitido por CONADIS)
- c. **Deportista calificado** : Sí () No () N° de Folio
(Adjuntar documento oficial emitido por la autoridad competente)
- d. Bonificación por empleo de jóvenes técnicos y profesionales en el sector público. e) Incremento porcentual por experiencia laboral en el sector público.

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, consignar únicamente los que estén relacionados con el servicio al cual se postula).

Nota:

- Se deberá colocar el N.º de folio, según la ubicación de la página de los documentos que se presenten en la postulación.
- Se podrá añadir más cuadros de experiencia si es necesario.

Nivel alcanzado/ Título (1)	Nombre de la Profesión/ Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad/País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título (2) (DD/MM/AAAA)	N° Folio
Doctorado						
Maestría						
Título Universitario						
Bachillerato						
Egresado de Estudios Universitarios						
Título Técnico						
Egresado de Estudios Técnicos						
Secundaria						

Notas aclaratorias:

- (1) Dejar en blanco aquellos niveles que no correspondan.
- (2) Si no cuenta con título, especificar si está en trámite, es egresado o aún cursa estudios (obligatorio).

Estudios complementarios

- (especializaciones, cursos, informática, idiomas):

Otro Tipo de estudios	Nombre de la Especialidad o curso u otros	Institución /universidad o centro de estudios	Ciudad/ País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año) Total Horas	Fecha de expedición del título, constancia o certificado (DD/MM/AAAA)	N° Folio
Segunda Especialización						
Post-Grado o Especialización						
Cursos y/o capacitación						
Cursos y/o capacitación						
Informática						
Idiomas						
Otros						

- (Especificar los programas informáticos, aplicativos, sistemas entre otros que domina indicando el nivel de manejo)

Programa / Aplicativo	Nivel Básico (X)	Nivel Intermedio (X)	Nivel Avanzado (X)	N.º folio
Microsoft Word				
Microsoft Excel				
Microsoft PowerPoint				
Microsoft Outlook				
SPSS / STATA / R				
Otros: _____				
Otros: _____				
Otros: _____				
Otros (especificar)				

- (Especificar el(los) idioma(s) que domina indicando el nivel de manejo)

Idioma	Lee	Escribe	Habla	Habla Muy bien	Habla bien	Habla regular	N.º folio
Quechua							
Aimara							
Otro: _____							
Otro: _____							
Otro: _____							

IV. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL

Nota: Detallar cada experiencia en orden cronológico, comenzando por la más actual.

• **Experiencia 1:**

Pública () Privada () ONG () Organismo Internacional () Otro ()

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de culminación (dd/mm/aaaa)	Tiempo en el cargo (años/meses/días)	N.º folio
1					___/___/___	

• **Experiencia 2:**

Pública () Privada () ONG () Organismo Internacional () Otro ()

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de culminación (dd/mm/aaaa)	Tiempo en el cargo (años/meses/días)	N.º folio
1					___/___/___	

• **Experiencia 3:**

Pública () Privada () ONG () Organismo Internacional () Otro ()

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de culminación (dd/mm/aaaa)	Tiempo en el cargo (años/meses/días)	N.º folio
1					___/___/___	

• **Experiencia 4:**

Pública () Privada () ONG () Organismo Internacional () Otro ()

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de culminación (dd/mm/aaaa)	Tiempo en el cargo (años/meses/días)	N.º folio
1					___/___/___	

• **Experiencia 5:**

Pública () Privada () ONG () Organismo Internacional () Otro ()

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de culminación (dd/mm/aaaa)	Tiempo en el cargo (años/meses/días)	N.º folio
1					___/___/___	

• **Experiencia 6:**

Pública () Privada () ONG () Organismo Internacional () Otro ()

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de culminación (dd/mm/aaaa)	Tiempo en el cargo (años/meses/días)	N.º folio
1					___/___/___	

Nota: Se podrá añadir más cuadros de experiencia si es necesario.

• **EXPERIENCIA TOTAL**

(Registrar el tiempo total de experiencia general y específica)

Nota:

1. Consignar el tiempo total en años, meses y días, considerando lo registrado en los cuadros de experiencia laboral y/o profesional.
2. Considerar desde la fecha de egresado, según detalle de lo registrado en el campo de las experiencias laborales y/o profesionales.

Tipo de experiencia	Tiempo total (años, mes_es, días)
Experiencia laboral general	
• En el sector público	___/___/___
• En total (sector público y/o privado)	___/___/___
Experiencia laboral específica	
• En el sector público	___/___/___
• En total (sector público y/o privado)	___/___/___

Declaración de Conocimientos

Asimismo, declaro que SI (), NO () poseo los conocimientos necesarios para el puesto y/o cargo, conforme a las bases del presente proceso de Convocatoria CAS.

V. REFERENCIAS LABORALES

Detallar como mínimo **tres referencias** de las últimas instituciones:

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre del jefe inmediato o persona que refiere	Teléfono/Celular actual
1				
2				
3				
4				
5				

Cangallo, dede 20.....

Firma y Sello del Profesional
DNI N°