

(ANEXO N.º 01)
DECLARACIÓN JURADA
SOLICITUD DE POSTULANTE

SEÑOR PRESIDENTE DE EVALUACIÓN PARA LA SELECCIÓN DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE SERVICIOS PERSONALES PARA LA SUPLENCIA TEMPORAL DE PLAZAS VACANTES N° 003-2026-HQ-D.LEG. 276.

Apellidos y Nombres.....DNI.....
Lugar y Fecha de Nacimiento.....Edad.....
Dirección domiciliaria actual.....

Personal con alguna Discapacidad (Acreditado)
SI () NO ()

Personal licenciado de las Fuerzas Armadas (Acreditado)
SI () NO ()

Personal Deportista calificados de alto rendimiento (Acreditado)
SI () NO ()

Teléfono..... Estado Civil..... Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria del Proceso de Selección de Personal BAJO LA MODALIDAD DE SERVICIOS PERSONALES PARA LA SUPLENCIA TEMPORAL DE PLAZAS VACANTES N° 003-2026-HQ-D.LEG. 276, para la contratación en el cargo de:.....Especialidad:....., de la Unidad Unidad Orgánica..... de la Unidad Ejecutora N° 410 Hospital de Quillabamba.

Y 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.

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 (sentencia firme).
No estar inhabilitado administrativamente o judicialmente para el ejercicio de profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar 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 49 del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Texto Único Ordenando de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

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

Quillabamba,

.....
FIRMA



Nombres y Apellidos:.....
D.N.I. N° :

DECLARACION JURADA DE FORMATO HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE

(el llenado del presente anexo debe guardar estricta relación con los documentos sustentatorios)

PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE SERVICIOS PERSONALES PARA LA SUPLENCIA TEMPORAL DE PLAZAS VACANTES N° 003-2026-HQ-D.LEG. 276.

PLAZA AL QUE POSTULA	
ENTIDAD	

1. DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
EDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		
		DEPARTAMENTO / PROVINCIA	DISTRITO	(DÍA)	(MES)	(AÑO)
SEXO		DOCUMENTOS				
F	M	N° DNI	N° RUC			
DOMICILIO ACTUAL						
DIRECCIÓN			DPTO	PROVINCIA	DISTRITO	N°/ LT/MZ
TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO						
FIJO		CELULAR		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		

2. FORMACIÓN ACADÉMICA UNIVERSITARIA Y/O TÉCNICA (Señale la especialidad y el nivel académico máximo que haya obtenido)

SERUMS	N° RESOLUCION SERUMS	FOLIO N° del... al...
SI ☐ NO ☐		

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

TITULO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	GRADO ACADÉMICO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES /AÑO		AÑOS DE ESTUDIO	FOLIO N° del... al...
				DESDE	HASTA		
Doctorado							
Maestria							
Título							
Bachiller							
Estudios Técnicos							
Secundaria							

- Adicionar filas en caso de tener otros grados o títulos

INFORMACIÓN RESPECTO A COLEGIATURA DE SER EL CASO

COLEGIO PROFESIONAL	NRO. COLEGIATURA	CONDICIÓN A LA FECHA (1)	FOLIO N° del... al...

(1) Habilitado o No Habilitado

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					

Cursos y/o capacitación					
Informática					
Ofimática					
Idiomas					

3. CAPACITACIÓN REQUERIDA – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria. A partir del 2019 a la fecha. Se considerará la capacitación adicional al mínimo requerido.

ACCIONES DE CAPACITACIÓN: Curso / Taller / Diplomado / Conferencia / Seminario / Pasantía	INSTITUCIÓN	HORAS LECTIVAS	FOLIO N° del... al...

4. EXPERIENCIA LABORAL GENERAL: De acuerdo a los requisitos señalados en el perfil del puesto.

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	ORGANO / U. ORGANICA Y/O OTROS NIVELES	PUESTO Y/O CARGO	FECHA DE INICIO (día/mes/año)	FECHA DE TÉRMINIO (día/mes/año)	TIEMPO DE EXPERIENCIA (días/meses/años) Según corresponda	FOLIOS (Doc. Sustenta torio) Del...al...
1							
2							
3							
4							
5							
(...)							
TOTAL EXPERIENCIA LABORAL					DÍAS		
					MESES		
					AÑOS		

(*) adicionar filas para en caso de tener mayor exp. laboral.

Nota: El tiempo de experiencia general y el total de experiencia y específica, deben computarse de acuerdo al documento probatorio (contratos, certificados, órdenes de servicio, constancias de servicio) de manera exacta. Con la atinencia del numeral 8.3 literal a) segundo párrafo.

5. EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA: De acuerdo a los requisitos señalados en el perfil del puesto.

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	ORGANO / U. ORGANICA Y/O OTROS NIVELES	PUESTO Y/O CARGO	FECHA DE INICIO (día/mes/año)	FECHA DE TÉRMINO (día/mes/año)	TIEMPO DE EXPERIENCIA (días/meses/años) Según corresponda	FOLIOS (Doc. Sustentatorio) Del...al...
1							
2							
3							
4							
5							
(...)							
TOTAL EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA					DÍAS		
					MESES		
					AÑOS		

(*) Adicionar filas para en caso de tener mayor exp. Laboral.

Nota: El tiempo de experiencia específica, deben computarse de acuerdo al documento probatorio (contratos, certificados, órdenes de servicio, constancias de servicio, boletas de pago) de manera exacta.

DATOS ADICIONALES:

¿Declara su voluntad de postular en esta convocatoria de manera transparente y de acuerdo a las condiciones señaladas por la Institución?

() NO

() SI

¿Declara tener hábiles sus derechos civiles y laborales?

() NO

() SI

En aplicación a lo establecido por el artículo 48° de la Ley N° 29973, Ley General de Personas con Discapacidad, responder si ¿Tiene algún tipo de discapacidad?: () NO () SI (*)

(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad y registre el número de folio:

Tipo:

Folio:

¿Se encuentra usted comprendido dentro del registro de deudores alimentarios morosos, de acuerdo a la Ley N° 28970?

() NO

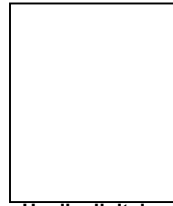
() SI

Indique si es Licenciado de las Fuerzas Armadas.

() NO	() SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale <u>el número de folio:</u>	

FIRMA

Nombres y Apellidos:
D.N.I. N° :



Huella digital

Fecha:		

(ANEXO N.º 3)
DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE

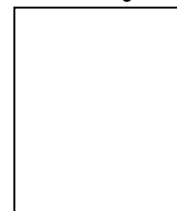
El(La) que suscribe _____
Identificado(a) con DNI N.º _____, con RUC N.º _____, domiciliado(a)
en _____, postulante a la Convocatoria N.º _____
de la U.E. N.º 410 Hospital de Quillabamba, **declaro bajo juramento que:**

- Sobre el **Impedimento de Contratar en caso de Parentesco** en la aplicación del Art. 1º de la Ley N.º 26771 y modificatorias; y el Art 2º de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 021-2000-PCM y modificatorias, al haber leído la relación de los funcionarios de dirección y/o personal de confianza del Hospital de Quillabamba que tiene la facultad para contratar o nombrar personal o tienen injerencia directa o indirecta en el proceso de selección en el proceso de selección que participo no guardo relación de parentesco con ninguno de ellos.
- Sobre **Incompatibilidad de Ingresos**, en la aplicación del Art 3º de la Ley 28175 Ley Marco del Empleo Público, prohibición de doble percepción de ingresos "Ningún empleado público puede percibir del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento, o cualquier tipo de ingresos. Es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado". Con excepcionalidad de la Ley N.º 31122 que habilita el doble empleo o cargo público remunerado del personal médico especializado o asistencial de salud, en caso de emergencia sanitaria.
- Sobre el **Principio de Veracidad** soy responsable de la veracidad de todos los documentos e información que presento para efectos del presente proceso. De verificarse que la información es falsa, acepto expresamente que la Entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.
- He leído la **Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento**, aprobados por la Ley N.º 27815 y el Decreto Supremo N.º 033-2005-PCM, respectivamente, por lo que me comprometo a observar dichas normas, bajo responsabilidad.
- En aplicación del Art. 1º de la Ley N.º 27588, **Ley que establece prohibiciones e incompatibilidad de funcionarios y servidores públicos**, que por el carácter o naturaleza de la función que desempeño o los servicios que brinde al Estado bajo cualquier modalidad contractual, tenga acceso a información privilegiada o relevante, o si mi opinión ha sido determinante en la toma de decisiones, guardare secreto o reserva respecto de los asuntos o información que por Ley expresa tenga dicho carácter.
- No tengo la condición de deudor alimentario moroso ni estar comprendido en **Registro Nacional de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM** que dispone la Ley N.º 28970
- No me encuentro INHABILITADO según el **Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC)**.
- No tener antecedentes policiales, penales y judiciales.

Declaro además que tengo pleno conocimiento de las normas que se mencionan en esta Declaración Jurada y me ratifico en la información proporcionada, y que la falta de veracidad de lo manifestado dará lugar a las sanciones y responsabilidades administrativas y Judiciales conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Quillabamba, de del 2026

.....
Firma



Huella digital

Nombres y Apellidos:.....

D.N.I. N.º: