



PERÚ  
Ministerio  
de Salud



**GERESA**  
GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD LORETO

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**ANEXO N° 01**  
**FICHA DE CURRÍCULUM VITAE (CV) DEL POSTULANTE AL PROCESO DE CONVOCATORIA**  
**CAS N° 003-2025- GRL-GRSL/30.05**

NOMBRE DEL PUESTO (CARGO A POSTULAR):

CODIGO DE PLAZA AL QUE POSTULA:

OFICINA/ ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE POSTULA

**I. DATOS PERSONALES:**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar

día/mes/año

ESTADO CIVIL:

DNI:

RUC:

N° BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:

Avenida/Calle/Urbanización

N°

CIUDAD:

DISTRITO:

PROVINCIA:

DEPARTAMENTO:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL:

(SI APLICA)

REGISTRO N°:  
(SI APLICA)

HABILITACIÓN: SI

☐

NO

☐

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA): SI

☐

NO

☐

(N° Folio) \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.



**II. PERSONA CON DISCAPACIDAD:**

El postulante es discapacitado:

SI

☐

N° REGISTRO:

NO

☐

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el cual se acredite su condición.

**III. LICENCIADO EN 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.

**IV. DEPORTISTA CALIFICADO :**

El postulante es deportista calificado:

SI

☐

NO

☐

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente.

**V. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

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

**NOTA:** Deberá colocar el N° de folio, según la ubicación de página de los documentos que presente en la postulación.

| Nivel alcanzado/<br>Título                | Nombre de la Profesión/<br>Especialidad | Universidad,<br>Instituto o<br>Colegio | Ciudad<br>/ País | Estudios<br>Realizados<br>desde /<br>hasta<br>(mes/año) | Fecha de<br>Extensión del<br>Título<br>(dd/mm/aaaa) | N° folio |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|
| Doctorado                                 |                                         |                                        |                  |                                                         |                                                     |          |
| Maestría                                  |                                         |                                        |                  |                                                         |                                                     |          |
| Título Universitario                      |                                         |                                        |                  |                                                         |                                                     |          |
| Bachillerato                              |                                         |                                        |                  |                                                         |                                                     |          |
| Egresado de<br>Estudios<br>Universitarios |                                         |                                        |                  |                                                         |                                                     |          |
| Título Técnico                            |                                         |                                        |                  |                                                         |                                                     |          |

**Nota:**

(1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.



**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

| Otro Tipo de estudios                       | Nombre de la Especialidad o curso u otros | Centro de Estudios (Universidad / Instituto) | Ciudad/ País | Estudios Realizados |                 |                | Fecha de extensión del grado académico, constancia o certificado (día/mes/año) | N° folio |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|---------------------|-----------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                             |                                           |                                              |              | Desde mes/año       | Hasta mes/año o | Total de horas |                                                                                |          |
| Segunda Especialización                     |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Post-Grado (i)                              |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Post-Grado (i)                              |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Diplomados o Cursos de Especialización (ii) |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Diplomados o Cursos de Especialización (ii) |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Diplomados o Cursos de Especialización (ii) |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Diplomados o Cursos de Especialización (ii) |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Capacitación (iii)                          |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Capacitación (iii)                          |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Capacitación (iii)                          |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Capacitación (iii)                          |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Curso de Informática (iv)                   |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Curso de Informática (iv)                   |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Curso de Informática (iv)                   |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |
| Curso de Informática (iv)                   |                                           |                                              |              |                     |                 |                |                                                                                |          |

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

- Post Grado registrado en SUNEDU
- Diplomados u otros cursos de capacitación especializada no menor a 90 horas académicas, cuya fecha de fin de curso no debe ser menor a noviembre 2017
- Constancia de cursos, capacitaciones, talleres o seminarios no menor a 12 horas académicas, cuya fecha de fin de curso no debe ser menor a noviembre 2020
- En caso de estudios y/o conocimiento en Informática, especificar programas o aplicativos que domina:

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.



| Experiencia (Registrar el tiempo total de experiencia general y específica) |                                       | Tiempo Total<br>(años, meses, días) |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Experiencia Laboral General                                                 | En el Sector Público:                 |                                     |
|                                                                             | En el Sector Privado:                 |                                     |
|                                                                             | En total (Sector Público y/o Privado) |                                     |
| Experiencia Laboral Específica<br>De acuerdo al puesto que postula          | En el Sector Público:                 |                                     |
|                                                                             | En total (Sector Público)             |                                     |

**Nota:** Considerar desde la fecha de egresado, según detalle de lo registrado en el campo de las experiencias laborales y/o profesionales tanto en carreras universitarias como carreras técnicas.

Asimismo,

**DECLARO** que **tengo los conocimientos para el puesto**, de acuerdo a las bases del presente proceso de Convocatoria CAS.

Marcar con un aspa según corresponda:

SI

☐

NO

☐

**VII. REFERENCIAS LABORALES**

Detallar como mínimo las 02 referencias personales (correspondientes a las dos últimas instituciones donde estuvo trabajando) y 02 referencias personales.

**Referencias laborales**

| Nº | Nombre de la entidad o empresa | Cargo de la referencia | Nombre del jefe inmediato o persona que refiere | Teléfono actual |
|----|--------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| 1  |                                |                        |                                                 |                 |
| 2  |                                |                        |                                                 |                 |

**Referencias personales**

| Nº | Nombre de la entidad o empresa donde labora | Cargo de la referencia | Nombre de la referencia personal y vínculo con el/la candidata(a). | Teléfono actual |
|----|---------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1  |                                             |                        |                                                                    |                 |
| 2  |                                             |                        |                                                                    |                 |

Iquitos, ....., de ..... de 2025.

Firma

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_



**ANEXO N° 02**  
**DECLARACIÓN JURADA DE POSTULACIÓN AL PROCESO DE SELECCIÓN PARA LA**  
**CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS**  
**CAS N° 003-2025**

**Señores:**  
**Comité de Evaluación Proceso CAS N°003-2025-GRL-GRSL/30.05**  
**Presente**

El/la que suscribe .....  
Identificado/a con DNI N°....., domiciliado/a en  
....., distrito de ....., provincia de  
....., departamento de .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

No registro sentencias condenatorias consentidas y/o ejecutoriadas por alguno de los siguientes delitos:

- a) Delito de tráfico ilícito de drogas, artículos 296, 296-A primer, segundo y cuarto párrafo; 296-B, 297; delitos de concusión, artículos 382, 383, 384; delitos de peculado, artículos 387, 388, 389; delitos de corrupción de funcionarios, artículos 393, 393-A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 y 401 del Código Penal.
- b) Delito de financiamiento de terrorismo, establecido en el artículo 4-A del Decreto Ley 25475, Decreto Ley que establece la penalidad para los delitos de terrorismo y los procedimientos para la investigación, la instrucción y el juicio, con la finalidad de sancionar el delito de financiamiento del terrorismo.
- c) Delitos previstos en el artículo 1, actos de conversión y transferencia; artículo 2, actos de ocultamiento y tenencia; y, artículo 3, transporte, traslado, ingreso o salida por territorio nacional de dinero o títulos valores de origen ilícito, contemplados en el Decreto Legislativo 1106, Decreto Legislativo de lucha eficaz contra el lavado de activos y otros delitos relacionados a la minería ilegal y crimen organizado.
- d) Delito de apología al terrorismo, artículo 316-A, del Código Penal.
- e) Delito contra la libertad sexual, artículo 108-B, de la Ley 30076, Ley que modifica el código penal, código procesal penal, código de ejecución penal y el código de los niños y adolescentes y crea registros y protocolos con la finalidad de combatir la inseguridad ciudadana.
- f) Sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles.
  - ✓ No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM, creado por la Ley N° 28970.
  - ✓ No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles – RNSSC.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 34° del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444.

Iquitos, ....., de ..... de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma

**Apellidos y Nombres:** \_\_\_\_\_  
**DNI:** \_\_\_\_\_



**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS Y PERFIL DE PUESTO**

**Señores:**

**Comité de Evaluación Proceso CAS N°003-2025-GRL-GRSL/30.05**

**Presente**

El/la que suscribe .....  
Identificado/a con DNI N° ....., domiciliado/a en .....,  
distrito de ....., provincia de ....., departamento de .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que, de acuerdo al perfil del puesto al que postulo ....., señalado en  
el Anexo N° 01 de las Bases del Concurso Público de CAS N° .....,  
cuento con los siguientes conocimientos solicitados que se detallan a continuación:

| Conocimientos en<br>Ofimática | Nivel de dominio (*) |            |          |
|-------------------------------|----------------------|------------|----------|
|                               | Básico               | Intermedio | Avanzado |
| Procesadores de Texto         |                      |            |          |
| Hojas de cálculo              |                      |            |          |
| Programa de<br>Presentación   |                      |            |          |
| Otros:                        |                      |            |          |
| Otros:                        |                      |            |          |

**CONOCIMIENTOS TÉCNICOS:**

| N° | CONOCIMIENTOS PARA EL PUESTO Y/O CARGO<br>(De acuerdo al perfil que postula) |
|----|------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                              |
|    |                                                                              |
|    |                                                                              |
|    |                                                                              |
|    |                                                                              |

Firmo la presente Declaración Jurada con conocimiento de las acciones administrativas y penales en las que me vería sujeto en caso de resultar falsa la información que proporciono, por lo que me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales según lo dispuesto por los artículos 411°, 427° y 438° del Código Penal, en concordancia con el artículo 34° y el artículo 51° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General aprobada por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Iquitos, ....., de ..... de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma

**Apellidos y Nombres:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_



**ANEXO N° 04**

**DECLARACION JURADA DE DECLARACIÓN JURADA DE SISTEMA PREVISIONAL (ONP/AFP)**

**Señores:**

**Comité de Evaluación Proceso CAS N°003-2025-GRL-GRSL/30.05**

**Presente**

El que suscribe, \_\_\_\_\_, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, con domicilio real en \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, natural del distrito de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Estar afiliado al Sistema Nacional de Pensiones – ONP o al Sistema Privado de Pensiones – AFP.

**REGIMEN PENSIONARIO**

Estoy afiliada al siguiente régimen pensionario:

|                               |                          |                              |           |                          |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------|--------------------------|
| Sistema Nacional de Pensiones | <input type="checkbox"/> | Sistema Privado de Pensiones | Integra   | <input type="checkbox"/> |
|                               |                          |                              | Profuturo | <input type="checkbox"/> |
| CUSP N° .....                 |                          |                              | Habitat   | <input type="checkbox"/> |
| Otros .....                   |                          |                              | Prima     | <input type="checkbox"/> |

**OPCIONAL**

Solo para los que vienen prestando servicios en la Institución antes del Proceso

|                       |    |                          |
|-----------------------|----|--------------------------|
| Afiliación al Régimen | SI | <input type="checkbox"/> |
|                       | NO | <input type="checkbox"/> |

Iquitos , ..... de ..... de 202...

Firma

Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres” “Año  
de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTO, CONOCIMIENTO LEGAL Y COMPROMISO FUNCIONAL**

**Señores:**

**Comité de Evaluación Proceso CAS N°003-2025-GRL-GRSL/30.05**

**Presente**

El que suscribe ....., identificado con  
DNI N° ....., con domicilio legal en ....., en  
calidad de postulante al puesto de ..... de la GERENCIA  
REGIONAL DE SALUD LORETO – GERESA LORETO, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. **No tener impedimento para prestar servicios en el Estado**, conforme a lo establecido en la Constitución Política del Perú, la Ley N.º 28175 – Ley Marco del Empleo Público, la Ley N.º 30057 – Ley del Servicio Civil, y demás normas vigentes.
2. **Conozco, acepto y me someto a las leyes, reglamentos y disposiciones vigentes** que regulan el servicio público, comprometiéndome a respetar los principios éticos, legales y funcionales que rigen el accionar del personal del Estado.
3. **Me comprometo a cumplir con las funciones, responsabilidades y deberes inherentes al puesto que se me asigne**, de conformidad con los documentos de gestión institucionales, respetando el principio de legalidad, lealtad, honradez, transparencia y eficiencia.

Iquitos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma

Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres” “Año  
de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN Y HABILITACIÓN**

**Señores:**

**Comité de Evaluación Proceso CAS N°003-2025-GRL-GRSL/30.05**

**Presente**

Yo, ..... identificado(a)  
con DNI N° ....., con domicilio legal en .....  
..... del distrito de ....., provincia de  
..... departamento de .....

Declaro:

- Contar con documentación que se incluye en el Currículum Vitae documentado, la cual certifica la veracidad de la información remitida.
- Estar en ejercicio pleno de los derechos civiles, haber cumplido la mayoría de edad al momento de presentarse.
- No tener condena por delito doloso, con sentencia firme.
- No estar inhabilitado administrativa o judicialmente.
- No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECI) – Art. 52 Ley N° 30353.
- Los demás requisitos previstos en la Constitución Política del Perú y las leyes, cuando corresponda.
- Contar con la habilitación profesional conferida por el colegio profesional que corresponde a las funciones del puesto, según corresponda (Solo aplica si el perfil del puesto exige colegiatura).

Suscribo el presente documento en señal de conformidad.

Iquitos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma

Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....



PERÚ

Ministerio  
de Salud



**GERESA**  
GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD LORETO

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**ANEXO N° 07**  
**DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO**

**Señores:**

**Comité de Evaluación Proceso CAS N°003-2025-GRL-GRSL/30.05**

**Presente**

Yo,....., identificado/a con DNI N°....., al amparo del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

( ) Sí / ( ) No, tengo en GERESA Loreto, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que gocen de la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera 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° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo dispuesto en las normas sobre la materia. Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso, estoy sujeto/a a los alcances de lo establecido en los artículos 411 y 438 del Código Penal<sup>1</sup>.

Iquitos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma

Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....

**Nota:** En caso de tener parientes que laboren en GERESA Loreto, deberá completar el Anexo adjunto

**Falsedad genérica**

**Artículo 438.-** El que de cualquier otro modo que no esté especificado en los Capítulos precedentes, comete falsedad simulando, suponiendo, alterando la verdad intencionalmente y con perjuicio de terceros, por palabras, hechos o usurpando nombre, calidad o empleo que no le corresponde, suponiendo viva a una persona fallecida o que no ha existido o viceversa, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos ni mayor de cuatro años.



PERÚ

Ministerio  
de Salud**GERESA**  
GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD LORETO

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**DATOS DE LOS FAMILIARES**

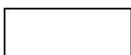
| Nº | APELLIDOS Y NOMBRES | PARENTESCO | LUGAR<br>DONDE<br>LABORA |
|----|---------------------|------------|--------------------------|
|    |                     |            |                          |
|    |                     |            |                          |
|    |                     |            |                          |
|    |                     |            |                          |
|    |                     |            |                          |
|    |                     |            |                          |
|    |                     |            |                          |

**GRADOS DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD Y AFINIDAD**

|             |                               |                     |                                           |             |                                                                        |
|-------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1º<br>Grado | Padres                        | Hijo(a)             | Suegro(a)                                 | Yerno/Nuera | Hijo(a) del cónyuge que<br>no es hijo del servidor                     |
| 2º<br>Grado | Nieto(a)                      | Hermano(a)          | Abuelo(a)                                 | Cuñado(a)   | Nieto(a) (hijo del hijo<br>del cónyuge que no es<br>hijo del servidor) |
| 3º<br>Grado | Bisnieto(a)/Bisabuelo(a)      | Tío(a)              | Sobrino(a)                                |             |                                                                        |
| 4º<br>Grado | Tataranieto(a)/Tatarabuelo(a) | Primo(a) hermano(a) | Tío(a) Abuelo(a) /<br>Sobrino(a) nieto(a) |             |                                                                        |

**Leyenda:**

Consanguinidad



Afinidad



**Nota:** 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 grado de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por la disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso de divorcio y mientras viva el ex cónyuge (artículo 237 del Código Civil).



**ANEXO N° 08**  
**DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES**

**Señores:**

**Comité de Evaluación Proceso CAS N°003-2025-GRL-GRSL/30.05**

**Presente**

Yo, ..... identificado(a) con DNI  
N° ....., declaro bajo juramento lo siguiente:

- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N° 31564 y artículo 16 de su Reglamento, es:
- Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la GERESA Loreto se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
  - No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros
- b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento No señalado en el artículo 5 de la Ley N° 31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.
- c) No hallarme incurso en ninguna de los impedimentos señalados en el artículo 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N° 31564.

Suscribo la presente Declaración Jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Liquitos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma

Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....



**ANEXO N° 09**  
**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACION POR CORREO ELECTRÓNICO**

**Señores:**

**Comité de Evaluación Proceso CAS N°003-2025-GRL-GRSL/30.05**

**Presente**

Yo, .....  
identificado(a) con DNI N° ....., mediante este documento autorizo a la Gerencia Regional de  
Salud Loreto, para que las comunicaciones que se emitan dentro del vínculo laboral, sean notificadas en el buzón  
electrónico siguiente:

Correo electrónico 1: .....

Correo electrónico 2: .....

Precisando que el correo electrónico, es un medio de comunicación alternativo y de conformidad, suscribo el  
presente documento en señal de conformidad.

Iquitos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
Firma  
Apellidos y Nombres: .....  
DNI N° .....



**ANEXO N° 10**  
**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES**  
**NI JUDICIALES**

Yo....., identificado (a) con DNI  
N°....., estado civil ..... con domicilio en  
....., distrito ....., provincia  
....., departamento ....., manifiesto lo siguiente:

**DECLARO BAJO JURAMENTO:** (Por favor indicar **SI** o **NO** en el recuadro que corresponde, no marcar con un aspa o en forma de cruz o cualquier otro símbolo).

Tener antecedentes Penales. ☐

Tener antecedentes Judiciales. ☐

Tener antecedentes Policiales. ☐

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome, de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Iquitos, :..... de ..... de 2025

\_\_\_\_\_  
Firma  
Apellidos y Nombres: .....  
DNI N° .....



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres" "Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**ANEXO N° 11**  
**DECLARACIÓN JURADA DE COMPATIBILIDAD DE HORARIOS**  
**(SÓLO APLICA PARA PERSONAL MÉDICO Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD CON ESPECIALIDAD)**

Yo....., identificado (a) con DNI N°....., con domicilio en ..... distrito ..... provincia ..... departamento ..... en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos y de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y en el marco de la Ley N° 32145, que habilita el doble empleo o cargo público remunerado al personal médico y asistencial de salud, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

1. Que, en la actualidad, presto servicios en las siguientes entidades públicas/privadas:
  - Cargo/Empleo 1: .....
    - Entidad: .....
    - Régimen Laboral/Contractual: .....
    - Jornada Laboral/Horario: .....
  - Cargo/Empleo 2: .....
    - Entidad: .....
    - Régimen Laboral/Contractual: .....
    - Jornada Laboral/Horario: .....
2. Que, los horarios de mis empleos o cargos públicos/privados antes mencionados son compatibles y no se superponen entre sí, permitiendo el cabal cumplimiento de mis funciones y la jornada laboral establecida para cada uno de ellos, conforme a la normativa vigente y a los lineamientos emitidos por el MINSA en el marco de la Ley N° 32145.
3. Que, tengo pleno conocimiento de las disposiciones legales sobre la prohibición de la doble percepción de ingresos del Estado (salvo las excepciones previstas, como es el caso de la función docente y ahora el doble empleo médico bajo la Ley 32145 y su reglamentación), y me comprometo a cumplir con dichas normas.
4. Que, la información proporcionada en la presente declaración jurada es veraz y asumo la total responsabilidad administrativa, civil y penal que pudiera derivarse de la falsedad de lo declarado, sometiéndome a las acciones de control posterior que la entidad empleadora considere pertinentes.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome, de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Iquitos, :..... de ..... de 2025

\_\_\_\_\_  
 Firma  
 Apellidos y Nombres: .....  
 DNI N° .....