



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE POSTULACIÓN**

**SOLICITO: PARTICIPAR EN LA CONVOCATORIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR LOCACIÓN N° 03-2023.**

**Señor:**

**DIRECCIÓN DE RED SALUD ALTO AMAZONAS.**

El suscrito (a), .....  
peruano de nacimiento, identificado (a) con DNI. N° .....  
con domicilio en .....  
distrito de ....., provincia de .....  
departamento de ....., Correo Electrónico:  
..... Celular N° ..... con  
el debido respeto me presento y digo:

Mediante la presente solicito se me considere como postulante para participar de la **CONVOCATORIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR LOCACION N° 03-2023**, convocado por la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas, en el servicio de **INSPECTOR DE VIVIENDA**, para lo cual declaro que cumplo con los requisitos básicos exigidos en la convocatoria, adjuntando mi Currículum vitae y demás documentación solicitada en la forma prevista, sometiéndome a las evaluaciones y demás disposiciones que se establecen en las bases del concurso.

**POR TANTO:**

A usted señor, solicito acceder a mi petición y se me considere como postulante al proceso.

Yurimaguas, ..... de septiembre de 2023.

.....  
Firma



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

ANEXO N° 02

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo, ..... identificado con DNI .....; al amparo del Artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No percibir ingresos o pensión por parte del estado.
• No tener inhabilitación administrativa o judicial para el ejercicio de la profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública.
• No tener impedimento expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes, para ser postores o contratistas y/o para postular, acceder o ejercer el servicio, función o cargo convocado por la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas.
• No estoy incurso en la prohibición constitucional de percibir simultáneamente doble remuneración y/o pensión a cargo del Estado, salvo por función docente o proveniente de dietas por participación en uno (01) de los directorios de entidades o empresas públicas.
• No tengo vínculo de parentesco hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad o por razón de matrimonio o por unión de hecho o convivencia, de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la entidad, que ejerzan la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el proceso de selección para laborar a la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas.
• No tener antecedentes penales ni policiales, tener sentencias condenatorias.
• No haber sido destituido o despedido de la administración pública o de empresas estatales por medidas disciplinarias, ni de la actividad privada por causa o falta grave laboral.
• No figurar en el Registro Nacional de Sanciones Destitución y Despido - RNSDD.
• No estoy registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos.

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 427 y el artículo 438 del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta cuatro (04) años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Yurimaguas, ..... de septiembre de 2023.

.....
Firma



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

ANEXO N° 03

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO - Ley N° 26771

D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM

Yo, ..... identificado con DNI N° ..... al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42º de la Ley de Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad o por razón de matrimonio o por unión de hecho o convivencia, con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la entidad, que ejerzan la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el proceso de selección para para laborar a la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento que en la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas, las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la relación o vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) o unión de hecho (UH), señalados a continuación.

Relación	Apellidos	Nombres	Área de Trabajo

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 438º del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Yurimaguas, ..... de septiembre de 2023.

.....  
Firma



Ministerio  
de Salud



**GERESA**  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN RED DE SALUD  
ALTO AMAZONAS

OFICINA DE SALUD  
AMBIENTAL



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

## ANEXO N° 4

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yurimaguas, ..... de septiembre de 2023.

**Señor (es) : DIRECCIÓN DE RED SALUD ALTO AMAZONAS.**

**Presente.-**

**Asunto : AUTORIZACIÓN PARA EL PARA EL PAGO CON ABONO EN CUENTA.**

Por el medio de la presente, comunica a ustedes, el número de cuenta de ahorro en moneda nacional N° ..... y el código de cuenta interbancaria **(CCI) N°** ..... a nombre de ..... identificado con DNI N°....., RUC N° ....., agradeciéndole se sirva a disponer lo conveniente para que los pagos del suscrito sean abonados en la cuenta que corresponda al indicado CCI de la entidad bancaria .....

Agradeciéndole, se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos sean efectuados a favor de la cuenta en la entidad bancaria a la que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

.....  
Firma