

**ANEXO 01**

**SOLICITO:** REGISTRO DE INSCRIPCIÓN A PROCESO DE SELECCIÓN DE GERENTE DE LA A-CLAS HUARANGO.

**SEÑOR(A)**

Presidente A-CLAS HUARANGO

**PRESENTE.**

El que suscribe,.....Identificado con DNI N°.....,domiciliado en.....de Profesión....., ante Usted me presento y expongo:

Que deseando postular al proceso de selección de gerente de la A-CLAS HUARANGO, solicito a su despacho disponer se me registre e inscriba como postulante a la vacante de **GERENTE.**

**POR LO EXPUESTO**

Sirvase señor Presidente dar trámite a la presente.

HUARANGO, .....de.....de 2026

Atentamente;

---

FIRMA

DNI N°:.....

Celular N°:.....

Documentos Adjuntos:

1. Ficha Curricular, documentada.
2. Anexos 2 al 5

**ANEXO 02**

**DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES**

CONSTE POR EL PRESENTE DOCUMENTO, LA DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES, QUE FORMULO:

(Nombres y Apellidos) \_\_\_\_\_

IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_, CON DOMICILIO \_\_\_\_\_

DE PROFESIÓN \_\_\_\_\_:

DECLARO BAJO JURAMENTO: (Marcar el recuadro que corresponde)

NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES.

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y 42° de la Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobada por la Ley N° 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente.

En fe del cual firmo la presente

Huarango ,.....de.....del 2026

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y DNI

**ANEXO 03**  
**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Yo.....

Identificado (a) con DNI N°:..... Con domicilio  
en,.....  
Provincia /  
Departamento.....

**Vínculo con la Entidad: Red Integrada de Salud San Ignacio**

Personal Nombrado	<input type="checkbox"/>	Personal Designado.	<input type="checkbox"/>
Personal Contratado	<input type="checkbox"/>	Personal Asignado	<input type="checkbox"/>
D.L. N° 728	<input type="checkbox"/>	Personal Destacado	<input type="checkbox"/>
D.L. N° 276	<input type="checkbox"/>		
D.L. N° 1057	<input type="checkbox"/>		
Actividad Ad Honoren	<input type="checkbox"/>		

IPRESS donde Labora Actualmente:.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO DE LEY** que al momento de suscribir el presente documento:

- Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas:
  - Ley N° 26771, Ley que establece prohibiciones de ejercer facultad de nombrar y contratar a personal en el sector público, en caso de parentesco.
  - Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, Reglamento de la Ley N° 26771 y sus modificatorias.
  - Decreto Supremo N° 034-2005-PCM, Dispone otorgamiento de Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo.
- En consecuencia, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que .....(indicar SI o NO) tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal, con trabajador (es) y/o personal contratado las IPRESS bajo la administración de la Asociación CLAS de HUARANGO, consejo directivo, gerencia y comité de evaluación.
- En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la (s) persona (s) con quien (s) me une el vínculo antes indicado es (son):

N°	Apellidos y Nombres	Dependencia	Parentesco
1			
2			
3			

La presente Declaración Jurada se formula en cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 4°-A del Reglamento de la Ley N° 26771, incorporado mediante D.S N° 034-2005-PCM, manifestando someterme a la normatividad vigente y a las responsabilidades civiles y/o penales que se pudieran derivar en caso que alguno de los datos consignados sea falsos, siendo pasible de cualquier fiscalización posterior que la Asociación CLAS HUARANGO o la Red Integrada de Salud San Ignacio considere pertinente.

Asimismo, para los fines del caso, adjunto copian simple de mi Documento Nacional de Identidad – DNI.

HUARANGO .....de ..... de .....



\_\_\_\_\_  
Firma

Huella Digital del Postulante

**ANEXO 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE INCOMPATIBILIDADES**

CONSTE POR EL PRESENTE DOCUMENTO, LA DECLARACIÓN JURADA DE INCOMPATIBILIDADES, QUE FORMULO:

(Nombres y Apellidos) \_\_\_\_\_

IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_, CON DOMICILIO \_\_\_\_\_

DE PROFESIÓN \_\_\_\_\_, EN APLICACIÓN A LA LEY N°  
27588

Y SU REGLAMENTO EL DECRETO SUPREMO N° 019-2002-PCM:

DECLARO BAJO JURAMENTO: (Marcar el recuadro que corresponde)

- NO ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LOS IMPEDIMENTOS PREVISTOS EN LA LEY N° 27588 "LEY DE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS, ASÍ COMO DE LAS PERSONAS QUE PRESTAN SERVICIOS AL ESTADO, BAJO CUALQUIER MODALIDAD".

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 establecidos en los artículos 411° y el 438° del Código Penal, que prevén 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 cometen falsedad, simulando o alternando la verdad intencionalmente.

En fe del cual firmo la presente

Huarango,.....de.....de 2026

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y DNI

**ANEXO 5**  
**ESQUEMA DEL PLAN DE GESTIÓN**

**1. INTRODUCCIÓN**

**2. ANTECEDENTES**

**3. OBJETIVOS**

3.1. GENERALES

3.2. ESPECÍFICOS

**4. PARTICIPANTES**

**5. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN**

4.1. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

4.2. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

4.3. DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES Y PLAN DE ACCIÓN

**5. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS**

**Objetivo específico: 01 etc. ....**

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA POR SEMANAS				RECURSOS	S/.	FF	RESPONSABLES	
			1ra	2da	3ra	4ta					

S/: costo en soles.

FF: Fuentes de Financiamiento.

**6. PRESUPUESTO Y/O COSTO TOTAL DEL PLAN EN SOLES**

**7. MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO**

**8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**