



“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”



ANEXO N° 01

**SOLICITUD DE POSTULANTE AL PROCESO DE SELECCIÓN CAS SUPLENCIA N°001-2026-DIRESA JUNIN**

SEÑORES:

**COMITE DE PROCESO DE SELECCION CAS SUPLENCIA DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN**

S.P.

Yo, .....,  
identificado con DNI N°..... con domicilio legal en,  
.....

Que, habiendo tomado conocimiento de la convocatoria **CAS SUPLENCIA N°001-2026-DIRESA JUNIN**, para cubrir el puesto de ..... por suplen-  
cia, en la Unidad Orgánica ..... con Código AIRHSP N°..... y teniendo intereses en dicho puesto, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la Comisión de selección CAS, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

POR TANTO:

A ustedes señores de la Comisión de Selección CAS, acceder a mi solicitud.

FIRMA DEL POSTULANTE



DNI N°: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_





"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"



ANEXO N° 02

DECLARACIÓN JURADA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE

SEÑORES:

COMITE DE PROCESO DE SELECCION CAS SUPLENCIA N°001-2026-DIRESA JUNIN

Yo, ..... , identificado (a) con DNI ..... con domicilio legal en, ..... , postulante al proceso CAS SUPLENCIA N° 001-2026-DIRESA JUNIN, código AIRHSP N° ..... contratación del puesto ..... por la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios - "CAS Suplencia". DECLARO BAJO JURAMENTO, que la siguiente información se sujeta a la verdad.

Table with fields: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, DOMICILIO LEGAL, DISTRITO-PROVINCIA-JUNIN, D.N.I. N°, RUC N°, RÉGIMEN DE PENSIONES (ESPECIFICAR), SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES, SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES, FECHA DE NACIMIENTO, CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO Y/O MÓVIL

Esta declaración se formula en aplicación del principio de presunción de veracidad establecida en el Artículo 42° de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Huancayo, ..... de ..... del 2026.

FIRMA DEL POSTULANTE

INDICE DERECHO

DNI N°: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_





ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA DE POSTULANTES CAS SUPLENCIA N° 001-2026-DIRESA JUNIN

SEÑORES:

COMITE DE PROCESO DE SELECCION CAS SUPLENCIA DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN

Yo, ..... identificado (a) con DNI ..... con ..... domicilio legal en, ..... postulante al proceso CAS SUPLENCIA N° 001-2026-DIRESA JUNIN, código AIRHSP N° ..... contratación del puesto ..... por la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios - CAS Suplencia.

DECLARADO BAJO JURAMENTO

1. Desempeño más de un empleo a cargo público remunerado, por contrato Administrativo de Servicio – CAS SUPLENCIA, Locación de servicios, Asesorías o consultorías.

SI <- INDICAR -> NO

2. Ser pensionista del Estado

SI <- INDICAR -> NO

3. Tener antecedentes penales y/o judiciales que puedan dificultar las labores dentro del Gobierno Regional Junín.

SI <- INDICAR -> NO

4. Contar con Vinculo de parentesco Familiar, hasta de cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con funcionarios, directivos y/o Autoridades del Gobierno Regional Junín.

SI <- INDICAR -> NO

5. Tener sanción Disciplinaria en el Sector Publico

SI <- INDICAR -> NO

6. Estar inhabilitado Administrativamente y/o judicialmente para contratar con el Estado.

SI <- INDICAR -> NO

7. Estar registrado en el registro de deudores alimentarios morosos – REDAM

SI <- INDICAR -> NO

Esta declaración se formula en aplicación del principio de presunción de veracidad establecido en el Artículo 42° de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Huancayo, ..... de ..... del 2026.

FIRMA DEL POSTULANTE

INDICE DERECHO

DNI N°: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_





“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”



**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE DOCUMENTOS**

Yo,

.....  
.....identificado con DNI N°....., con domicilio legal en  
.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

- Que las copias de los documentos presentados al presente proceso de concurso, son copias fieles del original, que carecen de toda falsedad.

Esta declaración se formula en aplicación del principio de presunción de veracidad establecido en aplicación del Principio de Presunción de Veracidad establecido en el Artículo 42° de la Ley N°27444 Ley de Procedimiento Administrativo General.

Huancayo, ..... de ..... del 2026.



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL POSTULANTE

\_\_\_\_\_  
INDICE DERECHO

DNI N°: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_





"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"



**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA**



**FICHA CURRICULAR**  
(DECLARACIÓN JURADA)

Formulo la presente Declaración Jurada, en virtud del principio de presunción de veracidad previsto en el numeral 1.7 artículo IV del Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley de Procedimientos Administrativo General aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-JUS. La entidad tomara en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo las verificaciones correspondientes, así como solicitar la acreditación de la misma. En caso de detectarse de omitir, ocultar o consignar información falsa se procederá con las acciones legales que correspondan.

<b>UNIDAD ORGÁNICA</b>			
<b>CODIGO AIRHSP</b>		<b>PUESTO</b>	

**1. DATOS PERSONALES**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	
<b>DIRECCIÓN ACTUAL</b>	
<b>DISTRITO/PROVINCIA/DEPARTAMENTO</b>	
<b>DNI</b>	
<b>TELÉFONO CELULAR</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO</b>	



**PERSONA CON DISCAPACIDAD**

**EL POSTULANTE ES DISCAPACITADO:**

SI  NO

**N° DE REGISTRO:** \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, indicar el numero de inscripción en el registro Nacional de las Personas con Discapacidad.

**2. FORMACIÓN ACADEMICA (Digitar de corresponder)**

<b>FORMACIÓN ACADEMICA</b>	<b>NOMBRE DE LA INSTITUCION</b>	<b>NIVEL ALCANZADO</b>	<b>PROFESIÓN O ESPECIALIDAD</b>	<b>FECHA DE EGRESO</b>	<b>VIGENCIA DE HABILITACION PROFESIONAL</b>	<b>DOCUMENTO DE SUSTENTO</b>	<b>(*) N° DE FOLIO</b>







"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"



				TOTAL			

**5. CAPACITACIONES (Digitar de corresponder)**



DETALLAR: CURSO, DIPLOMADO, ESPECIALIZACIÓN, OTROS	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	HORAS LECTIVAS DE DURACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN	(*) N° DE FOLIO
		TOTAL HORAS		

**6. REFERENCIAS PERSONALES**

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres ultimas instituciones donde estuvo trabajando.



N°	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CARGO DE LA REFERENCIA	NOMBRE DE LA PERSONA	TELEFONO ACTUAL



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"



Rellenar SI o NO según corresponda:

DETALLE	DOCUMENTO	RELLENAR SI O NO	N° DE DOCUMENTO
PERSONAS CON DISCAPACIDAD	N° CARNET O CÓDIGO O RESOLUCIÓN		
LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	N° CARNET O CÓDIGO O RESOLUCIÓN		
VÍCTIMA DE VIOLENCIA POLÍTICA	N° CARNET O CÓDIGO O RESOLUCIÓN		
POSTULANTES QUE TENGAN COMO MÁXIMO 29 AÑOS	COPIA DE DNI		

FECHA	
-------	--

\_\_\_\_\_ FIRMA

INDICE DERECHO
----------------

DNI N°: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

