

**REQUISITOS A PRESENTAR EN EL EXPEDIENTE PARA CONTRATO DE PLAZA SERUMS
REMUNERADO 2023-I, EN EL AMBITO SUB REGIONAL DE SALUD**

(PARA QUIENES SE ENCUENTRAN FUERA DEL DEPARTAMENTO DE PIURA, TAMBIEN SERAN
CONSIDERADOS LOS CERTIFICADOS SI SON EMITIDOS EN OTRAS DEPARTAMENTOS)

1. Solicitud de contrato dirigida al Director Sub Regional de Salud "L.C.C"- Sullana, **Dr JHON OMAR MARTIN GAMARRA VILELA**, con atención a la Oficina de Recursos Humanos Abog. RENZO MARTIN CHAO COLOMA, con atención a la Coordinadora Sub Regional de Salud (**SE ANEXA MODELO**)
2. HOJA DE RESUMEN de datos personales los cuales tienen de carácter de declaración jurada debidamente firmados y sin borrones. (formato adjunto)
3. Proveído o documento de Adjudicación de la plaza (El profesional debe imprimir su proveído cuando su inscripción cambie a ADJUDICADO. El **proveído** firmado por la DIRESA es entregado al profesional SERUMS al momento de la presentación de los documentos solicitados), (**03 copias para los de Presupuesto Regional**)
4. Fotocopia Notarial del DNI ampliada (a mitad de página el anverso del DNI y el reverso del D.N.I. en otra mitad de la página). (**03 Original para los de Presupuesto Regional**)



Si no cuenta con el DNI vigente, presentar la copia del duplicado que emite RENIEC.

5. Formato de Elección del Régimen Pensionario – (formato adjunto) SIN BORRONES Y LEGIBLE. (**03 formatos llenos en original para los de Presupuesto Regional**)
6. Formato de inscripción al seguro de accidentes "+ VIDA" - Essalud (Formulario 6012) – (formato adjunto) (SIN BORRONES Y LETRA LEGIBLE) .(**3 formatos llenos en original para los de Presupuesto Regional**)
7. Certificado Médico de Buena Salud Física, expedido por Establecimiento de Salud perteneciente a MINSA ó ESSALUD. .
8. Certificado Médico de Buena Salud Mental, expedido por el profesional competente (PSIQUIATRA), expedido por un Establecimiento de Salud perteneciente a MINSA ó ESSALUD.
9. Copia Notarial del título Profesional.
10. Copia Notarial de la Diploma de la Colegiatura Profesional.
11. Certificado de Habilidad Profesional actualizado en Original (pudiendo ser el virtual del Colegio Profesional correspondiente).
12. Constancia Virtual de registro de Título en SUNEDU; virtual de la página
13. Declaración Jurada Simple de no haber realizado el SERUMS de la profesión en la que se inscribe(formato adjunto).



14. Declaración jurada de no percibir ingresos por parte del estado (remuneraciones, pensión o cualquier otro ingreso (formato adjunto), aplicable para profesionales que adjudicaron plazas remuneradas (formato adjunto).
15. Declaración jurada de no contar Antecedentes Policiales, Penales y Judiciales (formato adjunto). Para instituciones NO MINSA deberán presentar los certificados originales respectivos.
16. Declaración jurada de no estar inscritos en el Registro de Deudores alimentarios Morosos – REDAM (formato adjunto), y debiendo realizar una captura de pantalla del mismo, consultándolo a través del siguiente enlace: <https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/> (formato adjunto)
17. Reporte de no encontrarse en el Registro Nacional de Sanciones contra servidores civiles- RNSSC, el cual debe ser consultado e impreso a través del siguiente enlace <http://www.sanciones.gob.pe/rnssc/#/transparencia/acceso>.
18. **Constancia de Baja del INFORHUS:** Es el aplicativo que registra a todos los profesionales de la salud que se encuentran laborando en las diferentes entidades públicas o privadas del sector salud (Aplicable para profesionales que adjudicaron plazas remuneradas). Indispensable para los profesionales que laboran para el estado y adjudicaron plazas SERUMs remuneradas; de no presentar este documento no podrán ser contratados ni realizar el SERUMs, quedando la plaza en calidad de no cubierta.
19. Comprobante de pago original de los profesionales que postularon directamente al proceso equivalente, y copia en caso de los que postularon en el Remunerado en otras regiones.
20. Declaración jurada de supervivencia del menor y copia simple del DNI ampliado y la partida de nacimiento actualizada; y si se desea asegurar también a la conyuge o conviviente la partida de matrimonio o la constancia de convivencia (notarial), (documento que solo incluyen "quienes tienen hijos menores o conyuge o conviviente que desea asegurar").

TENER EN CUENTA, EN CASO DE TENER HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DEBEN ADJUNTAR AL FINAL DEL EXPEDIENTE.

INSTRUCCIONES A TENER EN CUENTA.

- EL PROFESIONAL SERUMS SOLO SE PRESENTARA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ADJUDICADO CON DOCUMENTO FORMAL FIRMADO POR LA SUB REGION DE SALUD "LCC"-SULLANA, SEGUIDAMENTE ESTAN ADJUNTOS LOS FORMATOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE, LLENAR CON LETRA DE **IMPRESA CLARA Y LEGIBLE.**
- LA TOTALIDAD DE REQUISITOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE, DEBEN SER PRESENTADOS VIA FISICO Y VIA VIRTUAL **EN ESTRICTO ORDEN. EL EXPEDIENTE VIRTUAL DEBEN SER ESCANEADOS LOS DOCUMENTOS ORIGINALES EN FORMATO PDF, EN UN SOLO ARCHIVO** NO VARIOS, Y SE DEBE PRESENTAR EN FECHA PROGRAMADA SEGÚN EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ES NECESARIO LEER PREVIAMENTE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SE INDICAN Y DETALLES A TENER EN CUENTA LOS DATOS DE UBICACIÓN DE LA PLAZA, PRESUPUESTO, QUINTIL, GD, ETC. ESTAN EN SU PROVEIDO, EL CUAL DEBE IMPRIMIR DESDE SU FICHA DE INSCRIPCIÓN.



➤ **SE LE PIDE AL PROFESIONAL QUE YA DEBE VENIR CON SU EXPEDIENTE PREPARADO SOLO PARA ENTREGAR.**

El expediente será presentado el Equipo de capacitación y Normas - SERUMS, siguiendo el orden detallado de los requisitos; en un folder grueso plástico tapa transparente, según el color que se detalla.

Color azul: **Médicos**

Color turquesa: **Enfermería.**

Color Rojo: **Obstetricia.**

Cualquier color **menos los mencionados** otros profesionales de la salud.

Y para la sede **SUB REGION DE SALUD "I.C.C" - Sullana**, siguiendo el orden detallado de los requisitos; en mica transparente.

DATOS A TENER EN CUENTA EN LLENADO DE FORMATO ELECCION DE REGIMEN PENSIONARIO, EN EL ITEM EMPLEADOR SE CONSIGNA DEL SIGUIENTE MODO:
(SOLO PARA ADJUDICADOS REMUNERADOS):

❖ **PARA LOS ADJUDICADOS PRESUPUESTO NACIONAL**

EL EMPLEADOR ES: MINSA

DIRECCION AV. SALAVERRY 801 JESÚS MARIA-LIMA

RUC: 20131373237

❖ **PARA LOS QUE SON PRESUPUESTO REGIONAL: SUBREGIONES DE SALUD PIURA:**

SECHURA Y SUB REGION DE SALUD MORROPON, HUANCABAMBA

EMPLEADOR ES: DIRESA PIURA

DIRECCION: AV. IRAZOLA S/N URB. MIRAFLORES CASTILLA

PIURARUC 20171766509

❖ **PARA LOS QUE SON PRESUPUESTO REGIONAL SUB REGION SALUD LCC SULLANA**

EMPLEADOR ES: SUB REGIONAL DE SALUD "LCC"-SULLANA

DIRECCION: AV. CHAMPAÑAT N°1014 – SULLANA

RUC ES 20199565398

ENCARGADOS DE BRINDAR ORIENTACION Y/O INFORMACION INICIO SERUMS POR INSTITUCION

✚ DIRESA PIURA: **ING. SUSANA COLUMBUS** – CEL 939312500

✚ SRS "L.C.C" - SULLANA : **SRA. JENNY FARFÁN** - CEL 972107421

➤ **INSTITUCIONES GOBIERNO REGIONAL O MINSA**

- EXPEDIENTE COMPLETO: EL EXPEDIENTE FISICO ORIGINAL COMPLETO PARA PROFESIONALES ADJUDICADOS MINSA/GOBIERNO REGIONAL SE PRESENTA EN DIRESA PIURA – OFICINA DE CAPACITACION.

NOTA: ANTES DE SUBIRLO AL LINK PRIMERO DEBE HABER ENTREGADO SU EXPEDIENTE FISICO.

INSTITUCIONES NO MINSA. (FAP, NAVAL, ESSALUD, EJERCITO, PNP)



- **EXPEDIENTE COMPLETO PARA INSTITUCIONES "NO MINSA", EL EXPEDIENTE ORIGINAL COMPLETO** LO DEBERA PRESENTAR EN LA INSTITUCION ADJUDICADA Y EN DIRESA PIURA PRESENTAR COPIA DE DICHO EXPEDIENTE.

CARPETA: INDICAR "INSTITUCION ADJUDICADA"

PRESUPUESTO: INDICAR "NACIONAL" O "REGIONAL"

"DIRESA PIURA", "FAP", "NAVAL", "ESSALUD", "EJERCITO", "PNP", DE ACUERDO A SU PROVEIDO)
N° PROVEDIO:

PROFESION:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:

INSTITUCION ADJUDICADA:

NOMBRE DEL EE.SS ADJUDICADO:

DITRITO DEL EE.SS. ADJUDICADO:

SE COMPARTIRAN UN LINK DE CARPETAS (MINSA Y NO MINSA) A SUS CORREOS REGISTRADOS, A FIN DE QUE LOS PROFESIONALES QUE ADJUDICARON PLAZAS DE ACUERDO A PRESUESTO NACIONAL O REGIONAL, PUEDAN SUBIR SUS ARCHIVOS ESCANEADOS EN PDF CONFORME AL ORDEN SEÑALADO.

DIRESA PIURA- FECHAS DE RECEPCION DE EXPEDIENTES ADJUDICADOS REMUNERADOS

▪ **Día 12 de junio – 2023**

8.30 am a 11.00 am : Se recepcionará en DIRESA copia del expediente de los profesionales que han adjudicado plaza en institución **NO MINSA (FAP, NAVAL, ESSALUD, EJERCITO, PNP)**.

▪ **Día 12 de junio – 2023**

11.30 am a 2.00 pm : Se recepcionará copia del expediente de los profesionales que han adjudicado plaza a la Sub Región de Salud "Luciano Castillo Colona "-Sullana, posterior a la entrega del expediente cada profesional deberá comunicarse con la Coordinadora **Sra. JENNY DORENA FARFAN RUESTAS al Cel N° 972107421**.

▪ **Día 13 de junio – 2023**

8.30 am a 2.00 pm: Se recepcionará el expediente ORIGINAL de los profesionales que han adjudicado plaza en la **SUB REGIÓN PIURA SECHURA Y SUB REGION MORROPON HUANCABAMBA, MINSA – GOBIERNO REGIONAL**



COMITÉ SUB REGIONAL DE SALUD - SERUMS- SULLANA.

**SOLICITA: CONFORMIDAD DE EXPEDIENTE
PARA CONTRATO DE PLAZA REMUNERADA
ADJUDICADA PROCESO 2023 - I**

DR. JHON OMAR MARTIN GAMARRA VILELA
DIRECTOR SUB REGION SALUD LCC
SULLANA

ABOG. RENZO MARTIN CHAO COLOMA
Directora de Recursos Humanos.

**Atención: Coordinación SERUMS -Sub Regional de
Salud.**

YO, _____ identificado con DNI N°
_____, de profesión _____ Domicilio legal en
_____ Distrito de _____, Provincia
_____, Departamento de _____.

Ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo adjudicado una plaza de SERUMS modalidad _____
PRESUPUESTO _____ en el **Proceso SERUMS 2023-I** en el Establecimiento de salud
_____ Distrito de _____ Provincia
de _____ U.E de su Red/Diresa _____ - SRS LCC SULLANA

Solicito a Usted tenga a bien disponer a quien corresponda se autorice la elaboración del contrato
respectivo para la cual presento los documentos requeridos en original y copia de acuerdo a
normatividad vigente.

Por lo expuesto, solicito a Usted por ser de justicia.

Sullana, ____ de _____ del 2023

Firma : _____

DNI N° _____

Colegiatura N° _____

TELEFONO: _____

Correo: _____

Huella digital

HOJA DE RESUMEN DATOS DEL POSTULANTE SERUMS
(tiene carácter de declaración Jurada)

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

Domicilio para notificaciones: _____

(Incluir Distrito, Provincia y Departamento)

TELEFONO fijo _____ Telf. Celular.: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

(Incluir departamento y país)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

(Departamento o País donde concluyo su carrera)

UNIVERSIDAD: _____

PROFESION: _____

FECHA DE TITULACION: _____

NUMERO DE COLEGIATURA: _____

E.S. AL QUE ADJUDICO: _____ PROVEIDO: _____

MINSA ☐

ESSALUD ☐

MARINA ☐

EJERCITO ☐

PNP ☐

FAP ☐

CASOS ESPECIALES:

GESTANTES ☐

MADRES CON HIJOS MENOR A 1 AÑO ☐

ENFERMEDAD - DISCAPACITADA ☐

AFILIADO A:
SPP (AFP) ☐

☐ ONP



Debe estar afiliado al Sistema Privado de Pensiones (ONP o AFP)
(si ya cuenta con aportes anteriores, adjuntar el contrato al final del expediente RESUMIDO)



Debe estar conforme a lo consignado en su ficha de inscripción en el sistema.

.....
FIRMA
HUELLA DIGITAL

Huella digital

FORMATO DE ELECCION DEL REGIMEN PENSIONARIO

I. DATOS DEL TRABAJADOR:									
1. APELLIDO PATERNO:									
2. APELLIDO MATERNO:									
3. NOMBRES:									
4. TIPO DE DOCUMENTO:									
DNI									
Carné de									
extranjería									
Pasaporte									
Otro									
5. SEXO									
F M									
6. FECHA DE NACIMIENTO									
Día Mes Jirón Otros:									
Avenida Calle Año									

7. DOMICILIO									
Distrito									
Provincia									
Departamento									

EMAIL PERSONAL									
TELEFONO FIJO:									
EMAIL PERSONAL (Alternativo)									
CELULAR:									

II. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA									
1. NOMBRE O RAZON SOCIAL:									
2. N° DE RUC:									
3. DEPARTAMENTO DE DOMICILIO FISCAL:									

III. DATOS DEL VINCULO LABORAL									
1. FECHA DE INICIO DE LA RELACION LABORAL:									
Día Mes Año									
2. REMUNERACION:									

IV. ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO

1. SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (ONP)									
2. SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES									

REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS + VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR
País (Tabla N° 2) (Tabla N° 3) N° de documento de identidad
DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA
N° Folio EsSalud
Pag N° De

DATOS DEL TITULAR
Tipo de opor (Tabla N° 4) País (Tabla N° 2) (Tabla N° 3) DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Número
Primer apellido Segundo apellido
Nombres

DATOS DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)
Tipo de opor (Tabla N° 4) País (Tabla N° 2) (Tabla N° 3) DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Número
Primer apellido Segundo apellido
Nombres

BENEFICIARIOS
País (Tabla N° 2) (Tabla N° 3) DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Número
Tipo de opor (Tabla N° 4) País (Tabla N° 2) (Tabla N° 3) DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN Número
Primer apellido Segundo apellido
Nombres

DECLARACIÓN JURADA:
La información que el asegurado titular consigne en el presente documento tiene carácter de Declaración Afirmada, sujeta a las sanciones establecidas en la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, concordante con el Código Penal en sus artículos pertinentes.

REFRENDADO
Firma y sello de EsSalud
Fecha de registro

Tabla N° 1: Vínculo
Código Vínculo
01 Hijo
02 Hijo
03 Concubino
04 Concubino
05 Hijo mayor de edad
06 Hijo mayor de edad
07 Madre
08 Padre
09 Tercero
10 Concubino
11 Concubino
12 Concubino
13 Concubino
14 Concubino
15 Concubino

Tabla N° 2: País
Código País
032 Argentina
040 Bolivia
078 Brasil
124 Canadá
132 Chile
136 China
170 Colombia
218 Ecuador
724 España
840 Estados Unidos
380 Italia
404 México
518 Nicaragua
531 Panamá
600 Paraguay
604 Perú
756 República Dominicana
862 Venezuela

Tabla N° 3: Tipo de documento de identificación
Código Tipo de documento de identificación
01 Documento Nacional de Identidad
02 Cédula de Emigrante
03 Ingreso Libre de Contribuciones
04 Pasaporte
05 Cart. Inscripción Emigrante TH
06 Número consuntivo de inscripción NICO
07 Documento no especificado
08 Otro

Tabla N° 4: Tipo de operación
Código Tipo de operación
1 Alta
2 Baja
3 Cancelar

IMPORTANTE
El formulario debe ser presentado por el asegurado titular debidamente llenado sin borrones ni enmendaduras.
La presentación del formulario se realizará en las agencias de seguros/oficinas de Aseguramiento de EsSalud. La presentación de los formularios de los trabajadores dependientes puede ser realizada por la entidad empleadora (asistencia social).
El asegurado titular se quedará con la copia que le corresponde, la misma que contará con el sello de recepción de EsSalud.
Para informes y consultas llame al 419-000 (Lima) o al 0-801-100-10 (provincias) o visítanos en www.esalud.gob.pe
Para llenar las casillas con números ver las tablas que se presentan en el formulario.

(ANEXO 1)

DECLARACION JURADA DE NO HABER REALIZADO SERUMS

YO, _____,

Nacionalidad _____, Identificación con DNI/CE N° _____

domicilio en _____ distrito de _____

Provincia _____ y Departamento _____,

de profesión _____ con colegiatura N° _____

Declaro bajo juramento NO HABER REALIZADO, NI ESTAR REALIZANDO EL SERVICIO RURAL Y URBANO MARGINAL DE SALUD (SERUMS) EN LA PROFESION DE _____ (colocar la profesión correspondiente a la plaza SERUMS adjudicada actualmente), en ningún establecimiento del Ministerio de Salud, ESSALUD, SALUD DE FUERZAS ARMADAS o institución alguna.

Los datos consignados en el la presente Declaración jurada se ajusta a la verdad, en el numeral 1.7 del Artículo. IV del Título Preliminar y el artículo 49 del Texto Unico Ordenado de la Ley 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido. En caso de comprobarse falsedad, me someto a todas las acciones administrativas, civiles y penales a que hubiere lugar.

Sullana, ____ de _____ del 2023

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI N°

HUELLA DIGITAL

(ANEXO 2)

DECLARACION JURADA DE NO PERCIBIR INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO

YO, _____, de nacional,
_____ identificado(a) con DNI/CE N° _____, domiciliado(a) en
_____ distrito _____, Provincia
_____, Departamento _____, de Profesión _____
con colegiatura N° _____,

DECLARO BAJO JURAMENTO

NO PERCIBIR INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO (remuneración, retribución, emolumento, pensión o cualquier otro tipo de ingreso).

Los datos consignados en la presente declaración jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el texto único ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleva.

Sullana, ____ de _____ del 2022

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI N° _____

HUELLA DIGITAL

(ANEXO 3)

**DECLARACION JURADA DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE DEUDORES
ALIMENTARIOS MOROSOS -REDAM**

Yo, _____, de nacionalidad
_____, identificado con DNI/CE N° _____, con domicilio en
_____, distrito _____, provincia de
_____, del departamento de _____, de profesión _____.
con colegiatura, _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(Marca con X según corresponda)

SI ☐ / NO ☐ **ENCONTRARME INSCRITO EN EL REGISTRO DE
DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM.**

De ser afirmativa la respuesta me someto a lo establecido en Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2019-JUS

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS

En caso de la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Sullana, _____ de _____ del 2023

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI N° _____

HUELLA DIGITAL

(ANEXO 4)

**DECLARACION JURADA DE NO CONTAR CON ANTECEDENTES POLICIALES,
PENALES Y JUDICIALES**

Yo, _____, de nacionalidad
_____, identificado con DNI/CE N° _____, con domicilio en
_____, distrito _____, provincia de
_____, del departamento de _____, de profesión _____,
con colegiatura, _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO CONTAR CON ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES.

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS

En caso de la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Sullana, _____ de _____ del 2023

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI N° _____

HUELLA DIGITAL

(ANEXO 5)

DECLARACION JURADA QUE CERTIFICA SUPERVIVENCIA

(Solo para los que deseen asegurar a hijos y/o conviviente)

Yo, _____, de nacionalidad
_____, identificado con DNI/CE N° _____, con domicilio en
_____, distrito _____, provincia de
_____, del departamento de _____, de profesión _____,
con colegiatura, _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

La **SUPERVIVENCIA** en la fecha, de mi menor Hijo(a), cuyo Apellidos y Nombres son:
_____, nacido(a) el día _____ del 20....., e
identificado con DNI N° _____. Asimismo, me comprometo a comparecer con mi menor hijo ante las
autoridades de salud si así lo requieren.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.7 del Artículo. IV del Título
Preliminar y el artículo 49 del Texto Único Ordenado (D.S. 004-2019-JUS) de la Ley 27444.

En caso de comprobarse falsedad, me someto a todas las acciones administrativas y penales a que hubiere
lugar.

Sullana, _____ de _____ del 2023

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI N° _____

HUELLA DIGITAL