



PERU

**MINISTERIO
DE SALUD**

Hospital "Vctor Larco Herrera"
Oficina de Personal de la Oficina Ejecutiva de
Administración

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la lucha contra la corrupci3n y la impunidad"

ANEXO N° 1

SOLICITUD DE INSCRIPCI3N

CONCURSO INTERNO DE ASCENSO N° 001-2019-OP-OEA-HVLH/MINSA y CONCURSO PÚBLICO PARA COBERTURA DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DEL MINISTERIO DE SALUD -2019

Señor Presidente de la Comisi3n del Concurso Interno de Ascenso y Concurso PÚblico de Cobertura de Plazas Vacantes

Yo,.....iden-
tificado (a) con DNI N°, con domicilio en....., distrito
de.....,provincia dey departamento de..... ocupando el puesto de
.....

Acudo a usted, para solicitar se me considere en el Concurso Interno de Ascenso N° 001-2019- OP-OEA-
HVLH/MINSA y al Concurso PÚblico para Cobertura de Plazas Vacantes Presupuestadas, existentes en el
Presupuesto análtico de Personal del Hospital Vctor Larco Herrera del Ministerio de Salud; en ese sentido,
adjunto copia simple de Documento Nacional de Identidad, Anexos 2, 3 y 4, y Curriculum Vitae en copia simple,
a (.....) folios para la evaluaci3n correspondiente.

Por tanto, manifiesto mi voluntad de someterme a los criterios, procedimientos, evaluaciones y requisitos
establecidos en los lineamientos.

Lima,de 20.....

Firma:



PERU

MINISTERIO
DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera"
Oficina de Personal de la Oficina Ejecutiva de
Administración

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

ANEXO N° 02

CONCURSO INTERNO DE ASCENSO N° 001-2019-OP-OEA-HVLH/MINSA y CONCURSO PÚBLICO PARA
COBERTURA DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DEL
MINISTERIO DE SALUD -2019

FICHA RESUMEN

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar	día /mes /año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

DIRECCIÓN:
Avenida/Calle N° Dpto.

CIUDAD:

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO: CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO N° : HABILITACION: SI NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA) : SI NO N° RESOLUCION SERUMS

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



PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera" Oficina de Personal de la Oficina Ejecutiva de Administración

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

II. PERSONA CON DISCAPACIDAD

El postulante es discapacitado:

SI [input type="checkbox"]

N° REGISTRO: [input type="text"]

NO [input type="checkbox"]

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

III. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

El postulante es licenciado de las fuerzas armadas:

SI [input type="checkbox"]

NO [input type="checkbox"]

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

IV. 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).

Título (1)	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año)
Doctorado					
Maestría					
Título					
Bachillerato					
Estudios Técnicos					
Secundaria					

Nota:

(1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.

(2) Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO)

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Post-Grado o Especialización					



PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera" Oficina de Personal de la Oficina Ejecutiva de Administración

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Informática					
Informática					
Idiomas					
Idiomas					

ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:

Marcar con un aspa donde corresponda:

Idioma 1:

Idioma 2:

Muy Bien Bien Regular

Muy Bien Bien Regular

Habla
Lee
Escribe

Habla
Lee
Escribe

V. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL (Para el personal que postula a plaza vacante)

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

Nº (1)	Órgano y Unidad Orgánica	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					



PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Víctor Larco Herrera" Oficina de Personal de la Oficina Ejecutiva de Administración

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Nº (1)	Órgano y Unidad Orgánica	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Nº (1)	Órgano y Unidad Orgánica	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Nº (1)	Órgano y Unidad Orgánica	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Nº (1)	Órgano y Unidad Orgánica	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					

Lima,..... de 20

Firma



ANEXO Nº 3

DECLARACION JURADA DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO POR RAZONES DE CONSANGUINIDAD, MATRIMONIO Y AFINIDAD

Señores:

Comisión de Concurso Interno de Ascenso y Concurso Público de Cobertura de Plazas Vacantes

Presente.-

Yo,.....,Identificado(a) con Documento Nacional de Identidad Nº:....., domiciliado (a) en....., en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificaciones; **DECLARO BAJO JURAMENTO, que:**

- NO** tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio (padre, hermano, hijo, tío, sobrino, primo, nieto, suegro, cuñado) con funcionarios y/o personal de confianza del Ministerio de Salud, que tengan la facultad de designar, nombrar o contratar personal o tengan injerencia directa o indirecta en el presente concurso.
- SI** tengo algún vínculo familiar, legal o civil, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con personal de la institución bajo cualquier modalidad y a continuación detallo los datos respectivos:

NOMBRES Y APELLIDOS	GRADO DE PARENTESCO	VINCULO

Lima,de 20.....

Firma:



PERU

**MINISTERIO
DE SALUD**

Hospital "Víctor Larco Herrera"
Oficina de Personal de la Oficina Ejecutiva de
Administración

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

ANEXO N° 4

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES,
POLICIALES, NI JUDICIALES.**

Yo, (Nombres y Apellidos)....., identificado(a) con DNI
N°.....con domicilio en..... del Distrito.....,
Provincia....., Departamento: **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

- No registrar antecedentes penales.
- No registrar antecedentes judiciales.
- No registrar antecedentes policiales.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49° y 51° del Decreto Supremo N ° 004-2019-JUS - Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General . Asimismo, manifiesto que lo declarado se ajusta 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° de Código Penal.

Lima,de 20.....

Firma:



PERU

**MINISTERIO
DE SALUD**

Hospital "Víctor Larco Herrera"
Oficina de Personal de la Oficina Ejecutiva de
Administración

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

ANEXO N° 5

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACION VIGENTE SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO –RNSDD

Yo, (Nombres y Apellidos)....., identificado(a) con Documento de Nacional de Identidad N°.....con domicilio en.....,Distrito.....,Provincia.....,Departamento....., **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DISTITUCION Y DESPIDO – RNSDD.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49° y 51° del Decreto Supremo N ° 004-2019-JUS - Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General .

Lima,de 20.....

Firma:



PERU

**MINISTERIO
DE SALUD**

Hospital "Víctor Larco Herrera"
Oficina de Personal de la Oficina Ejecutiva de
Administración

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

ANEXO N° 6

**DECLARACIÓN JURADA DE NO ENCONTRARSE EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS
MOROSOS - REDAM**

Yo, (Nombres y Apellidos)....., identificado(a) con Documento de Nacional de Identidad N°.....con domicilio en.....,Distrito.....,Provincia.....,Departamento....., **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

- NO** estar registrado en el REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM creado y regulado por la Ley N° 28970 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2007-JUS.
- SI** estar registrado en el REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM creado y regulado por la Ley N° 28970 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2007-JUS.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49° y 51° del Decreto Supremo N ° 004-2019-JUS - Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General .

Lima,de 20.....

Firma: