



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Víctor Larco Herrera



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año de la Universalización de la Salud”

ANEXO N° 01

SOLICITO: Inscripción al concurso público para cobertura de plazas vacantes del Decreto Legislativo N° 276.

Señores

COMISIÓN DE CONCURSO DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.
Presente.-

El que suscribe,..... Identificado/a con DNI N° domicilio en, ante usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, deseando postular al concurso Público de provisión, para la contratación de personal por reemplazo en plaza vacante del Decreto Legislativo 276, siendo de mi conocimiento y aceptación de las Bases del referido concurso, solicito a su despacho disponer se me registre e inscriba como postulante a la plaza de..... CÓDIGO N°.....

Asimismo, declaro que soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento como parte de mi propuesta, para lo cual no me encuentro impedido ni estoy inhabilitado para contratar con el Estado.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito de falsa declaración en procesos administrativos – artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe pública – falsificación de documentos - falsificación genérica – Artículo 427° y 438° del Código Penal en concordancia con el artículo IV 1.7 del Título Preliminar de la Ley de Procedimientos Administrativos General Ley N° 27444.

Magdalena del Mar,de del 2020.

Firma:

Apellidos y Nombres:

Teléfono fijo:

Teléfono Celular

Correo Electrónico



Av. Pérez Aranibar - Ex.Av. El Ejercito N°600
Magdalena del Mar, Lima17 Perú
Telf. : 2615306 - 1062
Telf. Directo: 2614961



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Víctor Larco Herrera



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO - 2

CONCURSO PUBLICO PARA COBERTURA DE PLAZAS VACANTES EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DEL MINISTERIO DE SALUD -2020

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.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Víctor Larco Herrera



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la Universalización de la Salud"

II. PERSONA CON DISCAPACIDAD

El postulante es discapacitado:

SI

N° REGISTRO:

NO

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

NO

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 de título (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Post-Grado o Especialización					



Av. Pérez Aranibar - Ex.Av. El Ejercito N°600
Magdalena del Mar, Lima17 Perú
Telf. : 2615306 - 1062
Telf. Directo: 2614961



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Víctor Larco Herrera



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año de la Universalización de la Salud”

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:

Muy Bien Bien Regular

Idioma 2:

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:					



Av. Pérez Aranibar - Ex.Av. El Ejercito N°600
Magdalena del Mar, Lima17 Perú
Telf. : 2615306 - 1062
Telf. Directo: 2614961



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Víctor Larco Herrera



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la Universalización de la Salud"

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



Av. Pérez Aranibar - Ex. Av. El Ejercito N°600
Magdalena del Mar, Lima17 Perú
Telf. : 2615306 - 1062
Telf. Directo: 2614961



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Víctor Larco Herrera



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año de la Universalización de la Salud”

ANEXO N° 3

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

Señores:

Comisión de Concurso Público de Cobertura de Plazas Vacantes

Presente.-

Yo,.....,Identificado(a) con Documento Nacional de Identidad N°:....., 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:



Av. Pérez Aranibar - Ex.Av. El Ejercito N°600
Magdalena del Mar, Lima17 Perú
Telf. : 2615306 - 1062
Telf. Directo: 2614961



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
 “Año de la Universalización de la Salud”

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:





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Víctor Larco Herrera



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la Universalización de la Salud"

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:



Av. Pérez Aranibar - Ex.Av. El Ejercito N°600
Magdalena del Mar, Lima17 Perú
Telf. : 2615306 - 1062
Telf. Directo: 2614961



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Victor Larco Herrera



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la Universalización de la Salud"

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:



Av. Pérez Aranibar - Ex.Av. El Ejercito N°600
Magdalena del Mar, Lima17 Perú
Telf. : 2615306 - 1062
Telf. Directo: 2614961