**ANEXO N°01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**CONCURSO INTERNO DE ASCENSO Y CONCURSO PÚBLICO DE COBERTURA DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS**

**Señor Presidente de la Comisión de Concurso Interno de Ascenso y Concurso Público de Cobertura Plazas Vacantes Presupuestadas en el Hospital Santa Rosa.**

Yo,………………………………………………………………………….…...…………………

Identificado (a)con DNI N°…………….………..., con domicilio en………….……………... …………………………………………….……………………………………………………….

Distrito de…………….…………….., provincia de…..…….………..…… y departamento de …………..……... Ocupando el Puesto de ………...……………………..……………….

Acudo a usted, para solicitar se me considere en el **Concurso Interno de Ascenso y Concurso Público de Cobertura Plazas Vacantes Presupuestadas en el Hospital Santa Rosa**, existentes en el Presupuesto Analítico de Personal del Hospital Santa Rosa; 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 evaluación correspondiente.

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

Lima, …………………… de 20…..

Firma: ………………………………………

DNI Nº………………………….

**ANEXO N°02**

**CONCURSO INTERNO DE ASCENSO Y CONCURSO PÚBLICO DE COBERTURA DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS**

**FICHA DE RESUMEN**

1. **DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**:

Lugar día/mes/año

**NACIONALIDAD: D.N.I. :**

**ESTADO CIVIL**:

**DIRECCIÓN:**

Jirón/Calle Avenida/ N°

**URBANIZACION:**

**DISTRITO:**

**TELÉFONO FIJO: CELULAR:**

**CORREO ELECTRONICO:**

**COLEGIO PROFESIONAL:** (SI APLICA)

**REGISTRO N°: HABILITACIÓN: SI NO**

**LUGAR DEL REGISTRO**

**SERUMS (SI APLICA): SI NO N° RESOLUCIÓN SERUMS**

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

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD**

El postulante es discapacitado:

SI NO N° REGISTRO

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

1. **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.

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir solo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título**  **(1)** | **Especialidad** | **Universidad, o 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 |  |  |  |  |  |

N**OTA:**

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 Especialidad |  |  |  |  |  |
| Posgrado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Posgrado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Posgrado o Especialización |  |  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |  |  |
| Posgrado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**

|  |
| --- |
| **a)** |
| **b)** |
| **c)** |
| **d)** |

Marcar con una “X” donde corresponda:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idioma 1: |  | | |  | Idioma 2: |  | | |
|  | Muy Bien | Bien | Regular |  |  | Muy Bien | Bien | Regular |
| Habla |  |  |  |  | Habla |  |  |  |
| Lee |  |  |  |  | Lee |  |  |  |
| Escribe |  |  |  |  | Escribe |  |  |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°**  **(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: | | | | | |
| **N°**  **(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: | | | | | |
| **N°**  **(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: | | | | | |
| **N°**  **(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: | | | | | |
| **N°**  **(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 N° 03**

**DECLARACÓN 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 Plazas Vacantes Presupuestadas en el Hospital Santa Rosa**

**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** | **VÍNCULO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Lima, ………………………………. De 20……….**

**Firma:…………………………….…….**

**DNI Nº………………………**

**ANEXO N°04**

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

Yo, (Nombres y Apellidos) ….……..……………………….…………………………, Identificado (a) con DNI N°…………………….. con domicilio en……………….. ……………………….……………………..……………………………… del Distrito de……………………………..…....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 declaro es faso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 427° y el artículo 438° del Código Penal.

Lima, ……………………………… de 20…………

Firma: ………………………………….

DNI Nº…………………….

**ANEXO N°05**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD**

Yo, (Nombres y Apellidos) ……...…………………….…………………………………..……

…..………………………., Identificado (a) con Documento 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 DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSSD.

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: …………………………………..

DNI Nº……………………….

**ANEXO Nº06**

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

Yo (Nombres y Apellidos) ………………………………………….……………….…

………………...……….., identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N° …………………………….. con domicilio en ………………………………..……

…………….………….., Distrito ……………………..…., Provincia………………… Departamento …………………….., **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

**NO** estar registrado en el REGISTRO DE DEUDORES ALIMENAROS MOROSO – REDAN 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: ……………….…………………..

DNI Nº…………………………