**(ANEXO Nº 01)**

**SOLICITO**: PARTICIPAR EN CONCURSO ABIERTO PARA

PROVISIÓN DE PLAZAS VACANTES

**CARGO AIRHSP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Señor:**

**Presidente de la Comisión del Concurso Abierto para Provisión de Plazas Vacantes del Hospital José Agurto Tello de Chosica**

**Presente.**

De mi consideración:

Yo, …………………………………………………………….……………., identificado con DNI N°…………………., con domicilio legal en………………………………………..………………….…………, de la Ciudad de ……………………. ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo conocimiento del Concurso Abierto para Contratos por Reemplazo 2024, para Contrato a Plazo Fijo, el cual se llevará a cabo en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, y contando los requisitos necesarios para ocupar el CARGO AIRHSP de ……….………………………………………………………………………, solicito aceptar mi participación en el presente Concurso, para lo cual me someto a lo dispuesto por las normas vigentes para lo cual adjunto lo siguiente:

1. Boleta de Inscripción indicando el cargo de la plaza a que postula.
2. Copia simple del Documento Nacional de Identidad.
3. Formato de Ficha de Currículum Vitae (CV) documentado y foliado. **(Anexo 02).**
4. Declaración Jurada de postulante **(Anexo 03).**
5. Declaración Jurada de Ausencia de Nepotismo según (**Anexo N° 04)**
6. Declaración jurada de no tener antecedentes penales, policiales ni judiciales. **(Anexo N° 05)**
7. Declaración Jurada de Afiliación al Régimen Previsional **(Anexo Nº 06)**
8. Copia del RUC
9. Total folios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por lo expuesto: Ruego a usted señor presidente, aceptar mi solicitud por ser procedente y justa.

Lima, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**BOLETA DE INSCRIPCIÓN**

**CODIGO PLAZA A LA QUE POSTULA:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO AL QUE POSTULA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRUPO OCUPACIONAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATOS DEL POSTULANTE:

APELLIDO PATERNO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO:(Calle/Urb./Av.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DISTRITO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEXO M ( ) F ( ) ESTADO CIVIL (**S) (C)(V)(D)**(**CONV)**

FECHA NACIM. / / REGIMEN PENSIÓN: AFP ( ) CUPS ONP ( )

LUGAR NACIM. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. INSTRUCCIÓN

SECUNDARIA ( ) TÉCNICO ( ) SUPERIOR ( ) EGRESADO ( ) BACHILLER ( ) TITULADO ( )

--------------------------------

Firma del postulante

DNI N°…………………..

**(ANEXO 02)**

**FORMATO FICHA DE CURRÍCULUM VITAE (CV)**

**CONCURSO ABIERTO PARA CONTRATO POR REEMPLAZO 2024**

**CÓDIGO DE PUESTO:**

**CARGO AIRHSP:**

1. **DATOS PERSONALES:**

**Apellido Paterno Apellido Materno Nombres**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_

**Lugar** **día/mes/año**

**NACIONALIDAD:**

**ESTADO CIVIL:**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

**RUC:**

**N° BREVETE:** (SI APLICA)

**DIRECCIÓN:**

**Avenida/Calle Nº Dpto.**

**CIUDAD:**

**DISTRITO:**

**TELÉFONO FIJO: CELULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**COLEGIO PROFESIONAL:** (SI APLICA)

**REGISTRO N° : HABILITACIÓN: SI  NO **

**LUGAR DEL REGISTRO:**

**SERUMS (**SI APLICA) **: SI  NO **

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

**SECIGRA (**SI APLICA) **: SI  NO **

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple de la constancia de egresado y el certificado de SECIGRA,

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD:**

El postulante es discapacitado

Si No Nº Registro

Si la respuesta es afirmativa adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS o el certificado de discapacidad otorgado por las instituciones que señala la Ley N°29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, en el cual se acredite su condición

1. **LICENCIA DE LA 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. **DEPORTISTA CALIFICADO**

El postulante es deportista calificado

Si No

Si la respuesta es afirmativa adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de deportista de alto nivel

1. **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).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel alcanzado**  **(1)Título**  **(1)** | **Nombre de la Profesión/**  **Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta**  **(mes/año)** | **Fecha de Extensión del Título(2) (DD/MM/aaaa)** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Título Universitario |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Egresado de Estudios Universitarios |  |  |  |  |  |
| Titulo Técnico |  |  |  |  |  |
| Egresado de 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:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otro Tipo de estudios** | **Nombre de la Especialidad o curso u otros** | **Institución**  **/universidad o centro de estudios** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta mes / año (total horas)** | **Fecha de extensión del título, constancia o certificado**  **(mes/año**  **(mes/año)** |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |

**ESPECIFICAR EDIOMA O DIALECTO ESTUDIADO**

Idioma 1: Idioma 2:

Nivel Nivel

Idioma 1: Idioma 2:

1. **EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral en orden cronológico (prestaciones de servicios en unidades ejecutoras del Pliego 011 Ministerio de Salud, unidades ejecutoras de los gobiernos regionales, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Área/ oficina** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| **Total** | | | | | |  |

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

**Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso.**

Marcar con un aspa según corresponda:

SI NO

Lima, …….… de ….…………………… del 20……

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

**(ANEXO N° 03)**

**DECLARACION JURADA**

El que suscribe,........................................................................, identificado con DNI N°………………..., y con domicilio real en …………………………………………………………………………….. Estado civil.................. natural del Distrito de ……………………………………………, Provincia de ..................................................

Departamento de....................................., **DECLARO BAJO JURAMENTO**:

1. No tener vínculo laboral bajo el Decreto Legislativo N° 276 con otra entidad pública
2. Gozar de Buena Salud Física Mental
3. No encontrarme sancionado en ninguna entidad pública, (De haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
4. No encontrarme inhabilitado para ejercer cargo en el Estado.
5. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere el caso).
6. No tener inhabilitación vigente en el registro de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD.
7. No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECI)
8. No encontrarme incurso en caso de Nepotismo.
9. No tener antecedentes policiales ni penales.
10. Que la información detallada en mi Curriculum Vitae, así como los documentos que se incluyen, son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad.

Lima, ……..… de ………………….. del 2024

--------------------------------------------------

**FIRMA DEL DECLARANTE** Huella Digital

Formulo la presente declaración jurada en virtud del principio de veracidad previstos en los artículos IV numeral 1.7. y 42° de la Ley 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, sujetándose a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.

**(ANEXO N° 04)**

**DECLARACION JURADA DE NEPOTISMO**

**Señores de Concurso Abierto para Provisión de Plazas Vacantes del Hospital José Agurto Tello de Chosica**

**Presente.-**

Por el presente yo,…………………………………………………………………………………………….……….. identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N° ……………………….……, domiciliado (a) en …………………………………………………………………………………………………………………..………….…..,

en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771, modificado por Ley N° 30294 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias Decreto Supremo N° 017-2002-PCM y Decreto Supremo N° 034-2005-PCM, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

* NO ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.
* SI ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

Cuento con parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y por razón de matrimonio a la fecha de encuentran prestando servicios en el Hospital José Agurto Tello de Chosica De marcar la opción SI, indicar el grado de parentesco.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** | **ORGANO U OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ciudad y fecha: …………………………………………………………………………………

Firma: …………………………………………………………………………………………….

Formulo la presente declaración jurada en virtud del principio de veracidad previstos en los artículos IV numeral 1.7. y 42° de la Ley 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, sujetándose a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.

**(ANEXO N° 05)**

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

Yo, …………………………………………………………………….., identificado (a) con DNI N° ………………...

estado civil ……………………… con domicilio en ……………………………………………………….……. Departamento ……………………………….. Provincia …………………………………… Distrito ………………………………., declaro bajo juramento lo siguiente : **DECLARO BAJO JURAMENTO NO CONTAR CON:**

* Antecedentes Penales
* Antecedentes Judiciales
* Antecedentes Policiales

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Ciudad y fecha: …………………………………………………………………………………

Firma: …………………………………………………………………………………………….

Formulo la presente declaración jurada en virtud del principio de veracidad previstos en los artículos IV numeral 1.7. y 42° de la Ley 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, sujetándose a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.

**(ANEXO Nº 06)**

**DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN PREVISIONAL**

Me encuentro afiliado a algún régimen de pensiones:

SI

NO

Elijo el siguiente régimen de pensiones:

En un plazo de cinco (05) días hábiles de adjudicar la plaza me comprometo a presentar ante el Unidad de Personal mis documentos que acrediten mi afiliación a algún régimen previsional y la solicitud de continuar aportando a dicho régimen, debiendo indicar si suspendí los pagos o si me encontraba aportando un monto voluntario, y en su caso de optar por aportar como afiliado regular, a fin que el Hospital José Agurto Tello de Chosica efectúe la retención correspondiente.

|  |  |
| --- | --- |
| Sistema Nacional de Pensiones D. L. N°19990 |  |
| Sistema Privado de Pensiones D.L. N° 25897 |  |
| HABITAT |  |
| HORIZONTE |  |
| INTEGRA |  |
| PROFUTURO |  |
| PRIMA |  |
| OTROS (Especificar nombre): |  |

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Apellidos y Nombres :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_