



**ANEXO 1**

**SOLICITO DE INSCRIPCIÓN**

**CONCURSO INTERNO DE ASCENSO Y CONCURSO PÚBLICO PARA COBERTURA DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – 2022**

**Señor Presidente de la Comisión del Concurso Interno de Ascenso y Concurso Público de Cobertura de Plazas Vacantes.**

Yo.....

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

Distrito de ..... , provincial 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 para Cobertura de Plazas Vacantes Presupuestadas**, existentes en el Presupuesto Analítico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; en ese sentido, adjunto copia simple de Documento Nacional de Identidad, Anexos 2, 3 y 4; Currículum 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.

Puente Piedra, ..... de.....del 2022

Firma: .....

DNI N° .....

*[Handwritten signatures and marks on the left margin]*



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ANEXO Nº 02

CONCURSO INTERNO DE ASCENSO Y CONCURSO PÚBLICO PARA COBERTURA DE PLAZAS VACANTES PRESUPUESTADAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

I. DATOS PERSONALES

Form fields for Apellido Paterno, Apellido Materno, and Nombres

Form fields for LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Lugar and Día /mes /año

Form field for NACIONALIDAD:

Form field for ESTADO CIVIL:

Form field for DOCUMENTO DE IDENTIDAD / DNI :

Form field for RUC:

Form fields for DIRECCIÓN: Avenida/Calle, Nº, and Dpto.

Form field for CIUDAD:

Form field for DISTRITO:

Form fields for TELÉFONO FIJO: and CELULAR:

Form field for CORREO ELECTRÓNICO:

Form field for COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

Form fields for REGISTRO Nº and HABILITACION: SI NO

Form field for LUGAR DEL REGISTRO:

Form fields for SERUMS (SI APLICA): SI NO and Nº RESOLUCION SERUMS

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

II. PERSONA CON DISCAPACIDAD

El postulante es discapacitado:

Form fields for SI NO and Nº REGISTRO:

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

Handwritten signatures and marks on the left side of the page.



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).

Table with 6 columns: Título (1), Especialidad, Universidad, Instituto o Colegio, Ciudad / País, Estudios Realizados desde / hasta (mes/año), Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año). Rows include Doctorado, Maestría, Titulo, Bachillerato, Estudios Técnicos, and 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

Table with 6 columns: Concepto, Especialidad, Institución, Ciudad / País, Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas), Fecha de extensión del título (mes/año). Rows include Segunda Especialización and Post-Grado 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 un aspa donde corresponda:

Idioma 1:			
	Muy Bien	Bien	Regular
Habla			
Lee			
Escribe			

Idioma 2:			
	Muy Bien	Bien	Regular
Habla			
Lee			
Escribe			

**V. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL** (para el personal que postula a plaza vacantes)

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

Nº (1)	ÓRGANO Y UNIDAD ORG	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	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Nº	Nombre De La Entidad O Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					

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

Lima.....de ..... del 2,022.

-----  
Firma



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN 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 DNI 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;

**DECLARA BAJO JURAMENTO:**

**NO** tener grado de parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con personal que preste y/o prestó servicio en la Sede del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicio o Contratos de Administración de Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad-Honorem.

**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:

APELLIDOS NOMBRES	PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O DEPENDENCIA

Lima.....de ..... del 2,2022.

Firma:.....

DNI N°.....



**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 ..... del 2,022.

Firma: .....

DNI N°.....

*[Handwritten signatures in blue ink on the left margin]*



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**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 DNI N°..... Con domicilio en ..... del  
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 ..... del 2,022.

Firma: .....



**ANEXO N° 6**

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

Yo, (Nombres y Apellidos).....identificado(a) con  
DNI N° ..... Con domicilio en ..... del 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 ..... del 2,022.

Firma: .....

*[Handwritten signatures in blue ink on the left margin]*