



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

San Martin de Porres, ..... de.....del 2023

Señor:

M.C. MANUEL ALBERTO DIAZ DE LOS SANTOS

Presidente de la Comisión del Concurso Abierto para Contrato por Reemplazo de Plazo Fijo del Hospital Nacional Cayetano Heredia 2023

Presente.-

ASUNTO: INSCRIPCIÓN AL CONCURSO ABIERTO PARA CONTRATO POR REEMPLAZO DE PLAZO FIJO 2023

De mi consideración:

Yo,..... Identificado(a) con DNI N°....., con dirección domiciliaria en....., con celular N°.....y correo electrónico....., solicito mi participación como postulante en el Concurso Abierto para Contratos por Reemplazo de Plazas Vacantes D. Leg. N° 276, para el puesto de....., con código de Perfil de Puesto....., para lo cual cumplo íntegramente con los requisitosbásicos establecidos en la publicación correspondiente y que cumplo con adjuntar a la presentela documentación que lo sustenta.

Marcar con un aspa (X) según corresponda:

Table with 3 columns: CRITERIOS, SI, NO. Rows include criteria like 'Tengo experiencia en Hospitales de nivel III-1', 'Soy Licenciado/a de las Fuerzas Armadas', 'Acredito mi certificado de discapacidad emitido por el CONADIS', etc.

Sin otro particular, quedo de usted. Atentamente,

Firma: .....

Ap. y Nombres: .....

DNI N°: .....

## ANEXO N° 02

### DECLARACIÓN JURADA

Yo,....., identificado con DNI N° ....., declaro bajo juramento:

- a) No estar inhabilitado administrativa y/o judicialmente para el ejercicio de la profesión o para contratar con el Estado (de haber sido inhabilitado adjuntar el documento de rehabilitación).
- b) No tener Antecedentes Penales ni Judiciales.
- c) No tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con alguna autoridad, sea funcionario de confianza o directivo, asesor o servidor del Hospital Nacional Cayetano Heredia, ni con persona alguna que tenga la potestad de participar o influenciar en la toma de decisión administrativa de contratación o de nombramiento de personal, de manera directa o indirecta, aun cuando éstos hayan cesado en sus funciones en los últimos dos años.
- d) No percibir otros ingresos por parte del Estado al momento de suscribir contrato, salvo función docente o dietas por participación en un directorio.
- e) Gozar de buena salud: Acepto pasar por los exámenes correspondientes, los cuales serán condicionantes para la firma del contrato.
- f) Tener disponibilidad inmediata para suscribir e iniciar el contrato en caso de ser seleccionado.
- g) No tener inhabilitación vigente en el Registro Nacional de Sanciones, Destitución y Despido – RNSDD.
- h) No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional, de corresponder.
- i) No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.
- j) Que la información detallada en mi Currículo 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 del HCH, por lo que firmo la presente declaración, en concordancia a lo establecido en el Artículo 42° de la Ley N° 27444 –Ley del Procedimiento Administrativo General.

San Martín de Porres, ..... de..... del 2023

Firma: .....  
Ap. y Nombres: .....  
DNI N°: .....

**ANEXO N° 03****CURRÍCULO VITAE****DATOS PERSONALES**

Nombres:  
Apellidos:  
Edad:  
DNI N°:  
Fecha de Nacimiento:  
Nacionalidad:  
Estado Civil:  
Dirección:  
Distrito:  
Provincia:  
Departamento:

**DATOS DE CONTACTO:**

Teléfono Celular:  
Correo electrónico:

**FORMACIÓN ACADÉMICA:****A. Estudios Universitarios o Técnicos y/o superiores completos**

Carrera:  
Nombre de la Institución:  
Año inicio - Año fin:  
Nivel académico alcanzado:  
N° de folio de sustento:

**B. Colegiatura (Profesionales)**

Diploma de Colegiatura:  
Certificado de habilidad:  
N° de folio de sustento:

**C. SERUMS (Profesionales de la Salud)**

Resolución:  
N° de folio de sustento:

**D. Estudios de post-grado académico**

Estudios /egresado /maestría /doctorado (uno por cada grado):  
Nombre de la institución:  
Año inicio - Año fin:  
N° de folio de sustento:

**E. Diplomados en los 5 últimos años (uno por cada curso):**

Nombre del diplomado o curso de especialización:  
Nombre de la institución:  
N° de folio de sustento:

**F. Cursos relacionados al puesto en los 5 últimos años (uno por cada curso):**

Nombre del curso:

Nombre de la institución:  
N° de folio de sustento:

**EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL**

Nombre de la institución (una por cada institución):  
Cargo:  
Mes - Año de ingreso:  
Mes - Año de término:

Referencia:  
N° de folio de sustento:

**PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SÍ ( ) NO ( )**

En caso que la condición marcada sea SÍ, deberá ser acreditado con copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente.

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ ( ) NO ( )**

En caso que la condición marcada sea SÍ, deberá ser acreditado con el Carnet o documento sustentatorio emitido por el CONADIS – Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad.

**PERSONA COMO DEPORTISTA CALIFICADOS DE ALTO NIVEL: SÍ ( ) NO ( )**

En caso que la condición marcada sea SÍ, deberá ser acreditado con copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente.

**PERSONAL CAS DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA: SÍ ( ) NO ( )**

En caso que la condición marcada sea SÍ, deberá ser acreditado con copia simple del contrato.

Lima, ..... de..... del 2023