



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Presentaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

SOLICITO: Participar en el Concurso Abierto para Contrato a plazo fijo

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO ABIERTO HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

Yo,.....  
..... (Nombres y Apellidos); identificado (a) con DNI N°.....; con domicilio en .....; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso de Concurso Abierto N° 001-2021-HMA convocado por el Hospital María Auxiliadora, a fin de participar en el proceso de selección.

Que, habiendo tomado conocimiento de la convocatoria del proceso de Concurso Abierto N° 001-2021-HMA, para Contrato a Plazo Fijo en la Hospital María Auxiliadora y contando el suscrito con los requisitos establecidos para el cargo de ..... para el Departamento y/o Oficina ....., solicito se me admita como postulante y participar en el proceso de selección de personal.

San Juan de Miraflores, de diciembre de 2021.

-----  
NOMBRES Y APELLIDOS  
D.N.I. N° .....  
Firma: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de  
Presentaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

## ANEXO N° 02

### FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE

#### I. DATOS PERSONALES.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Lugar

día/mes/año

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

RUC: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Avenida/Calle/Jr.

No.

Dpto.

CIUDAD: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

COLEGIO PROFESIONAL (SI APLICA): \_\_\_\_\_

REGISTRO N°: \_\_\_\_\_



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

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

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento sustentatorio, emitido por el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS.

**III. LICENCIADO DE LAS FF.AA. (\*):**            **SÍ ( )**            **NO ( )**

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento que acredite dicha condición.

**IV. FORMACIÓN ACADÉMICA**

En el caso de Doctorados, Maestrías, Especialización y/o Postgrado, referir solo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula. La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (copia simple).

Nivel	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad/País	Estudios Realizados Desde/Hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título (Mes/Año)
DOCTORADO					
MAESTRIA					
POSTGRADO					
TITULO					
BACHILLER					
TÍTULO TÉCNICO					
SECUNDARIA					

(Agregue más filas si fuera necesario)

**Estudios complementarios:** Cursos de especialización, Diplomados, Seminarios, Talleres, etc.

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad/País	Estudios realizados desde/hasta (Mes/año Total Horas)	Fecha de extensión del documento (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o especialización					
Post-Grado o especialización					
Cursos y/o Capacitación					



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Cursos y/o Capacitación					
Cursos y/o Capacitación					
Informática					
Idiomas					

(Agregue más filas si fuera necesario)

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**

--

MARCAR CON UN ASPA (X) DONDE CORRESPONDA:

Idioma 1	Idioma 2
Habla	Habla
Lee	Lee
Escribe	Escribe

## V. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **LA EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL EN ORDEN CRONOLOGICO.**

**La información a ser proporcionada en los cuadros deberá ser respaldada con los respectivos certificados.**

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años y meses)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )					
N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años y meses)
2					



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

<b>Breve descripción de la función desempeñada:</b>					
<b>Marcar con aspa según corresponda:</b> Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )					
N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años y meses)
3					
<b>Breve descripción de la función desempeñada:</b>					
<b>Marcar con aspa según corresponda:</b> Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )					
N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años y meses)
4					
<b>Breve descripción de la función desempeñada:</b>					
<b>Marcar con aspa según corresponda:</b> Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )					

Se podrá agregar otro cuadro si es necesario.

## VI. REFERENCIAS PROFESIONALES.-

En la presente sección el candidato podrá detallar las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando.

N°	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de la persona	Teléfono actual de la Entidad o persona
1				
2				
3				

San Juan de Miraflores, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante  
DNI N° .....



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**ANEXO N° 03**

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**  
**( Ley N° 26771, D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM)**

Yo, .....  
identificado con D.N.I. N° ..... al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

Cuento con parientes en la institución hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge. (Padre, Hermano, Hijo, tío, sobrino, Primo, Nieto, suegro, Cuñado), con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Hospital María Auxiliadora.

Relación	Apellidos y Nombres	Área de Trabajo

No cuento con parientes en la institución hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad y/o Cónyuge, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar a al Hospital María Auxiliadora.

Manifiesto, que lo mencionado responde 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 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

San Juan de Miraflores, \_\_\_\_\_ de Diciembre de 2021.

Firma:.....

DNI:.....



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Presentaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**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 .....; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso de Concurso Abierto convocado por el Hospital María Auxiliadora, a fin de participar en el proceso de selección descrito.

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO NO CONTAR CON:**

- NO TENER ANTECEDENTES PENALES
- NO TENER ANTECEDENTES JUDICIALES
- NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.

San Juan de Miraflores, \_\_\_\_\_ de Diciembre de 2021.

Firma:.....

DNI:.....



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Presentaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**ANEXO N°05**

**DECLARACIÓN JURADA**

**REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM**

Por el presente documento Yo,

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

DNI ..... DOMICILIO ACTUAL

..... TELÉFONO .....

En virtud a lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley N°28970, que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, concordante con el artículo 11° de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°002-20017-JUS; y al amparo de los artículos 41° y 42° de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo general y en pleno ejercicio de mis derechos.

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

Marque con X

SI	NO
----	----

Estar registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM.

Lima,.....

.....  
FIRMA DEL DECLARANTE  
DNI N° .....

Nota.- Mediante el artículo 1° de la Ley N°28970, se crea en el Órgano de Gobierno del Poder Judicial, el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, donde serán inscritas de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 4° de la presente Ley, aquellas personas que adecuan tres (03) cuotas, sucesivas o no, de sus obligaciones alimentarias establecidas en sentencias consentidas o ejecutoriadas, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada.

También serán inscritas aquellas personas que no cumplan con pagar pensiones devengadas durante el proceso judicial de alimentos i no las cancelan en un periodo de tres (03) meses desde que son exigibles.





“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**ANEXO N° 06**

**DECLARACION JURADA  
(LEY N° 28882 – Ley de Simplificación de la Certificación Domiciliaria)**

Yo,....., identificado (a) con DNI N° ....., en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos y de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 28882 de Simplificación de la Certificación Domiciliaria, en su Artículo 1°. **DECLARO BAJO JURAMENTO:** Que mi domicilio actual se encuentra ubicado en:

-----  
-----

Realizo la presente declaración jurada manifestando que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación de lo declarado.

En Caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito contra la Fe Pública, falsificación de documentos (Artículo 427° del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV, inciso 1.7) “Principio de Presunción de veracidad” del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444 aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

San Juan de Miraflores, \_\_\_\_ de Diciembre del 2021

.....  
Firma del Postulante  
DNI. N°