

CONCURSO ABIERTO N° 001-2023-HRC - CONTRATO PLAZO FIJO 276

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE INSCRIPCION

SOLICITO: Participar en el Concurso Abierto Para  
Contrato a Plazo Fijo N° 001-2023-HRC.

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO ABIERTO DEL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE.

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°001-2023-HRC, convocado por el Hospital Rezola -  
Cañete, a fin de participar en el proceso de selección.

Que, habiendo tomado conocimiento de la convocatoria del proceso de Concurso Abierto N ° 001-2023HRC, para  
Contrato a Plazo Fijo en el Hospital Rezola - Cañete 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 Vicente de Cañete,                      de                      de 2023.

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS  
D.N.I. N°



CONCURSO ABIERTO N° 001-2023-HRC - CONTRATO PLAZO FIJO 276

ANEXO N° 02  
DECLARACIÓN JURADA

La/el \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ suscribe,.....domiciliado(a)  
en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO

- ✓ No registrar Antecedentes Penales Policiales, ni Judiciales.
- ✓ Gozar de Buena Salud Física y Mental.
- ✓ No estar inhabilitado para contratar con el Estado,
- ✓ No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.
- ✓ No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos y Delito contra la Fe Pública Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444 — Ley del Procedimiento Administrativo General.

\_\_\_\_\_  
Firma

San Vicente de Cañete, de \_\_\_\_\_ del 2023



CONCURSO ABIERTO N° 001-2023-HRC - CONTRATO PLAZO FIJO 276

ANEXO N° 03  
DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO

La/el que suscribe..... con DNI N°.....  
Con RUC N°..... domiciliado en..... declaro  
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 el Hospital Rezola Cañete, bajo cualquier  
modalidad: Contrato de Servicio No Personales o Locación de Servicio o Contratos Administración de  
Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento  
en cargos de confianza; o en actividades Ad — Honorem.

**EN CASO DE TENER PARIENTES EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE.**

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia \_\_\_\_\_ del Hospital  
Rezola Cañete, presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el  
grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O DEPENDENCIA

Lo que declaro para su verificación y fines pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27444 - Ley del  
Procedimiento Administrativo General.

\_\_\_\_\_  
Firma

San Vicente de Cañete, marzo de 2023



CONCURSO ABIERTO N° 001-2023-HRC - CONTRATO PLAZO FIJO 276

ANEXO N° 04  
DECLARACIÓN JURADA

La/El que suscribe..... con DNI N°.....  
Con RUC N..... domiciliado en..... declaro  
bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un cargo en el Estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
- d) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- e) No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado
- f) No tener vínculo laboral bajo el Régimen del Decreto Legislativo 276.

\_\_\_\_\_

Firma

San Vicente de Cañete, de del 2023



*[Handwritten signature in blue ink]*



**ANEXO N° 05**  
**DECLARACIÓN JURADA REGIMENES PREVISIONALES**

**LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:**

La/El que suscribe..... con DNI N°.....,  
con RUC N°..... domiciliado en..... declaro bajo  
juramento que no soy pensionista de ningún régimen público o privado (Decreto Legislativo N° 20530 —  
Decreto Legislativo N° 19990 o AFP).

\_\_\_\_\_  
Firma

San Vicente de Cañete, de \_\_\_\_\_ del 2023.

**LLENAR EN CASO DE SER PENSIONISTA:**

En caso de pertenecer a algún régimen pensionario, declaro bajo juramento ser pensionista (marcar con X según corresponda):

- D.L 20530 .....  
Entidad
- D.L 19990 - Oficina de Normalización Provisional
- Otros, indicar.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA

San Vicente de Cañete, de \_\_\_\_\_ del 2023



*[Handwritten signature]*



ANEXO N° 06  
DECLARACIÓN JURADA CODIGO DE ETICA

(Ley N° 27815 "Ley de Ética de la Función Pública" y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley de Código de Ética de la Función Pública")  
**DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CODIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y SU REGLAMENTO**

Por la presente yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_  
Domiciliado en \_\_\_\_\_, distrito en \_\_\_\_\_  
Contratado \_\_\_\_\_

**DECLARO QUE:**

1. He recibido un ejemplar de la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública"; así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública".
2. Tengo conocimiento del contenido y lo allí estipulado del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento.
3. Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública", donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

San Vicente de Cañete, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA



ANEXO N° 7

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_ en calidad de trabajador del Ministerio de Salud, declaro bajo juramento:

Guardar la reserva del caso respecto de información privilegiada a la que pudiera acceder y a no divulgar ni utilizar información que, pese a no tener carácter de reserva por norma expresa, pudiera resultar privilegiada en su contenido y ser utilizada en beneficio propio o de terceros con el siguiente perjuicio al MINSA y al Estado.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con el Hospital Rezola, declaro bajo juramento que aceptaré los impedimentos señalados en la Ley N° 27588.

En caso incumpla lo declarado en la presente, me someteré a las medidas y sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el D.S N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiere lugar.

San Vicente de Cañete, de del 2023.

\_\_\_\_\_  
FIRMA



Handwritten signature in blue ink.



ANEXO 8  
FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE

N° DE CONVOCATORIA

**I. DATOS PERSONALES.**

\_\_\_\_\_

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_\_\_\_\_

<i>Lugar</i>	<i>día/mes/año</i>
--------------	--------------------

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°: \_\_\_\_\_

**II. PERSONA CON DISCAPACIDAD (\*):** SI ( ) NO ( )

En caso que la opción marcada sea SI, 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. (\*):** SI ( ) NO ( )

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



*[Handwritten signature]*





**IV. FORMACIÓN ACADEMICA**

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

(Agregue más filas si fuera necesario)



*[Handwritten signature]*



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					
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)
3					
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)
4					



[Handwritten Signature]



CONCURSO ABIERTO N° 001-2023-HRC - CONTRATO PLAZO FIJO 276

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:  
Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )

Se podrá agregar otro cuadro si es necesario.

VII. REFERENCIAS PROFESIONALES. -

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

	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 Vicente, de de 2023

Firma del postulante  
DNI N° .....

