**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITOS ABIERTO N° 001-2025-HNDM, PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN POR SUPLENCIA TEMPORAL DE PERSONAL DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 276.**

Sr. Presidente de la Comisión

S.P.

Apellidos y Nombres:…………………..……………………………..………………………………………..

Cargo:……………………………………………………..……….Nivel/Categoría:……………………….…………………...… Domiciliado/a en: ……………………………………………………………………… …..…………..……………………………………………………………………………….…………….……… con correo electrónico: ………………………………………………………………………………………… con número de teléfono/celular: ………………………..

Solicito ser inscrito como postulante para el concurso abierto de méritos para el Ítem ………………, cargo de:……………………………………………..….del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, en ese sentido, adjunto los anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7, mi currículo vitae sustentado en copia simple, con ………….. folios para la evaluación correspondiente.

.......................................

Firma del Postulante

DNI:……………………..

Fecha:…………………..

**ANEXO Nº 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**

**(Ley N° Ley Nº 26771, D.S. Nº 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. Nº 034-2005-PCM)**

Señores:

COMISIÓN DE CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITOS ABIERTO N° 001-2024-HNDM, PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN POR SUPLENCIA TEMPORAL DE PERSONAL DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 276, EN EL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

Presente.-

Yo, …….………………………………………………………………………….……………………..………………………….., identificado con D.N.I. Nº .............................................al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42º de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley Nº 27444, DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

**SI: (…………)** 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 Nacional “Dos de Mayo”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RELACIÓN | APELLIDOS Y NOMBRES | ÁREA DE TRABAJO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NO (…..……),** Cuento con parientes en la institución hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º 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 Nacional “Dos de Mayo”

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 438º 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.

Lugar y fecha: ………………………………………….…………

Firma: ……………....…………………………

DNI:…………………..………..

**\*Marcar X, según corresponde**

**ANEXO N° 04**

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

Yo, (Nombres y Apellidos)……………………………………………………………………..……, identificado(a) con DNI N°………………………………………..estado civil…….………………………………….con domicilio en ………………………………………………………………………………………………………………………….… Departamento……………………………………………....-Provincia……………………………………………….- Distrito …………………………………………………………………….,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

NO CONTAR CON:

* ANTECEDENTES PENALES.
* ANTECEDENTES JUDICIALES.
* ANTECEDENTES POLICIALES.

Lugar y Fecha: ………………………………………………………………………..

Firma: …………………………………………………………………….

Formulola presente declaración jurada en virtud del principio de veracidad previstos en los artículos IV numeral 1.7.y 42° de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.

**ANEXO Nº 05**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Ley N° 28882 - Ley de Simplificación de la Certificación Domiciliaria)

Yo, ……………………………………………………………………………………………………….. , identificado(a) con D.N.I. Nº ……………………………….. 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 Articulo IV, inciso 1.7) “Principio de Presunción de veracidad” del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley 27444).

En señal de conformidad firmo el presente documento.

Lima, de de 2025

Firma Huella

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO Nº 06** | | | | | | | |
| **DECLARACIÓN JURADA DE DOCUMENTOS SUSTENTADOS** | | | | | | | |
| Yo, ………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | Identificado con | |
| D.N.I. ………………………………………. | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |
| **ITEM** | **SI** | **NO** | **Número de folio(s) donde se encuentra el documento** | **N° de Horas de capacitación sustentables** | **Años, meses y días de servicio según perfil** | |
| Título |  |  |  |  |  | |
| Título de Especialista |  |  |  |  |  | |
| Maestría |  |  |  |  |  | |
| Doctorado |  |  |  |  |  | |
| Experiencia laboral general y específica solicitada en el perfil de puesto en institución pública o privada del nivel requerido. Consignar documentos que sustenta cada tramo cronológico de la experiencia laboral | | | | | | | |
| *Ejemplo, 1. Constancia de trabajo en Hospital xxxx* |  |  | *folio 22* |  | *1 año, 2 meses, 8 días* | |
| 1 |  |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  |  |  | |
| 3 |  |  |  |  |  | |
| 4 |  |  |  |  |  | |
| 5 |  |  |  |  |  | |
| 6 |  |  |  |  |  | |
| Capacitaciones (solo de los últimos 5 años) |  |  |  |  |  | |
| Capacitaciones |  |  |  |  |  | |
| Capacitaciones |  |  |  |  |  | |
| Años de servicio en Primer nivel de atención |  |  |  |  |  | |
| Docencia |  |  |  |  |  | |
| Producción Científica |  |  |  |  |  | |
| Documento de ser licenciado de las Fuerzas Armadas (solo si corresponde) |  |  |  |  |  | |
| Certificado de discapacidad emitido por CONADIS (solo si corresponde) |  |  |  |  |  | |
| Formulo la presente Declaración Jurada, en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1.7, artículo 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. La Autoridad Nacional del Servicio Civil-SERVIR tomará en cuenta la información en ello consignado, reservándose el derecho de llevar a cabo las verificaciones correspondientes; así como solicitar la acreditación de la misma. En caso de detectarse de omitir, ocultar o consignar información falsa, se procederá con las acciones legales que correspondan. | | | | | | | |
| Lima, … de ……………………………., de 20……… |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | Firma del postulante | |  | |

**ANEXO Nº 07**

**DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD**

Yo, ………………………………………………………………………………..………..…, identificado con DNI 🞏 CE 🞏 PAS 🞏 Nº ………………........…, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Guardar reserva y no revelar, difundir o entregar, ni hacer pública por medio alguno, cualquier información o asunto a la que pueda acceder directa o indirectamente con ocasión del ejercicio de las actividades en el Ministerio de Salud.
2. A no emplear en provecho propio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros, información confidencial conforme a los alcances de la Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales; tampoco, aquella que sin tener reserva legal pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante a la cual haya podido tener acceso directo o indirecto en el Ministerio de Salud
3. No retirar documentación confidencial, ni en medio físico ni electrónico, del Ministerio de Salud, conforme a las disposiciones contenidas en la Directiva   
   N° 227-MINSA/2017/OGTI “Organización del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud”, aprobada por Resolución Ministerial N° 074-2017/MINSA.
4. Conocer los alcances de la Ley Nº 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual; y, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 019-2002-PCM.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20....

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

Firma

N° D.N.I.: