# ANEXO Nº 1

**SOLICITO: CONTRATO POR**

**SUPLENCIA TEMPORAL PARA LA**

**PLAZA DE ……………………………**

**………………………………………….**

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ENCARGADO DEL PROCESO DE SELECCIÓN**

**Nº 01- 2024- HSJL**

**CONCURSO PARA CONTRATO BAJO MODALIDAD DE SUPLENCIA TEMPORAL**

Yo, ……………………………………………………………………………………………………….,

Identificado con DNI N° ………………………..,domiciliado/a en ………………………………………

De la localidad en la localidad de……………………… ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiéndose publicado la convocatoria al proceso de selección para cobertura de las plazas vacantes bajo modalidad de suplencia, solicito ser considerado como postulante a la plaza vacante de ………………………………………………………… del Departamento de ……………………………

del Hospital San Juan de Lurigancho, por reunir los requisitos exigidos, sometiéndome a lo estipulado en las bases respectivas.

Se adjunta la siguiente documentación:

* Anexo 01- Solicitud: Contrato Vía Suplencia
* Anexo 02- Declaración Jurada
* Anexo 03- Experiencia Laboral
* Currículum Vitae Documentado con los requisitos señalados en el perfil de puesto a concursar.

**POR LO EXPUESTO:**

A usted pido acceder a mi petición por ser de justicia

Lima,…… de…………... de 2024

……………….. ……………………

FIRMA

DNI:

# ANEXO Nº 2

**DECLARACIÓN JUARADA**

Yo, …………………………………………….,………………….. identificado con DNI Nº ........................

Con domicilio actual en ………………………………………………………….., Distrito……………………

Provincia………………….., Departamento…………………., Teléfono………………Celular……………..

Declaro bajo juramento que:

1. No tengo vinculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, ni hasta segundo grado de afinidad y matrimonio con la Comisión de Concurso de Suplencia (Nepotismo).
2. Cumpliré con lo dispuesto en la Ley Nº 27588 y su reglamento aprobado por el D.S. Nº 019-2002-PCM, sobre prohibiciones e incompatibilidad de Funciones y Servicios Públicos.
3. No he cesado durante los últimos cinco (5) años, acogiéndome a programas de renuncia voluntaria con incentivos por cualquiera de las instituciones comprendidas en los pliegos presupuestales de la Ley de presupuesto de Sector Público.
4. No me encuentro con sanción de Destitución de la Administración Pública, ni con impedimento para contratar con entidades del Sector Público y de no percibir otros ingresos del Estado.
5. No registro Antecedentes Penales, me encuentro procesado por el delito doloso.
6. No registro Antecedentes Policiales.
7. No me encuentro requisitoriado por ninguna Dependencia Judicial.
8. Me comprometo a guardar confidencialidad y reserva de la información y documentación a mi cargo.
9. No me encuentro registrado en el Registro de Deudores por Pensión Alimenticia.
10. Los documentos que presento son auténticos, así como la información contenida en la ficha de postulación y demás documentos requeridos, es veraz. Asimismo, en caso de falsedad de lo manifestado en la presente declaración jurad, me someto a lo dispuesto en la ley de Procedimiento Administrativo general, sin perjuicio de las responsabilidades que pudiera corresponderme por tal hecho.

En fe de lo afirmado, suscribo la presente.

Lima, ……….. de ……………….. de 2024

HUELLA DIGITAL FIRMA

Apellido y Nombre:

DNI:

# ANEXO Nº 03

**FORMULARIO DE CURRÍCULUM VITAE (CV)**

**N° DE CONVOCATORIA**

### DATOS PERSONALES

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

|  |  |
| --- | --- |
| **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**: |  |
| Lugar | Día/Mes/Año |

|  |
| --- |
| **Estado Civil:** |
| **Nacionalidad:** |
| **Documento de Identidad:** |
| **Ruc:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº de Brevete (si aplica)** | | |
| **Dirección:** | | |
| Av./Calle/Jr. | Nro. | Dpto. |

|  |
| --- |
| **Ciudad:** |
| **Distrito:** |
| **Teléfono Fijo** |
| **Celular:** |
| **Correo Electrónico :** |
| **Colegio Profesional:**  (Si Aplica) |
| **Registro Nº:** |

**Habilitación SI ( ) NO (** )

**Lugar de registro**

**SERUMS SÍ ( ) NO (** ) **Nº Resolución SERUMS**

(Si Aplica adjuntar copia de acto resolutivo que acredite haber realizado el SERUMS)

### PERSONA CON DISCAPACIDAD (\*): SÍ ( ) NO ( ) Nº Registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

### DEPORTISTA DE ALTO NIVEL (\*): SÍ ( ) NO ( )

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de deportista de alto nivel.

### 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** |  |  |  |  |  |
| **MAESTRÍA** |  |  |  |  |  |
| **TÍTULO UNIVERSITARIO** |  |  |  |  |  |
| **BACHILLERATO** |  |  |  |  |  |
| **EGRESADO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS** |  |  |  |  |  |
| **TÍTULO TÉCNICO** |  |  |  |  |  |
| **EGRESADO DE ESTUDIOS TÉCNICOS** |  |  |  |  |  |
| **SECUNDARIA** |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**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:** 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** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o Capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o Capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o Capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Informática** |  |  |  |  |  |
| **Idiomas** |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

### 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 CRONOLÓGICO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Unidad Ejecutora y/o Entidad** | **Cargo** | **Área /Oficina** | **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:**  **Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** | | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la Unidad Ejecutora y/o Entidad** | **Cargo** | **Área /Oficina** | **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:**  **Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** | | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la Unidad Ejecutora y/o Entidad** | **Cargo** | **Área /oficina** | **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:**  **Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** | | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la Unidad Ejecutora y/o Entidad** | **Cargo** | **Área /Oficina** | **Fecha de Inicio (día/mes/año)** | **Fecha de**  **Culminación (día/mes/año)** | **Tiempo en el cargo (años y meses)** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada:** | | | | | | |
| **Marcar con aspa según corresponda:**  **Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** | | | | | | |

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

### REFERENCIAS PROFESIONALES:

En la presente sección el candidato podrá detallar las referencias personales.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la Unidad Ejecutora y/o Entidad** | **Cargo de la Referencia** | **Nombre de la Persona** | **Teléfono Actual** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso.

Marca con un aspa según corresponda:

SÍ NO

Lima,..…de…………. de 2024

FIRMA

Apellido y Nombre:

DNI:



**Señores:**

**COMISIÓN DE CONCURSO PÚBLICO PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN POR SUPLENCIA TEMPORAL Nº 01 -2024-HSJL.**

**CÓDIGO DEL PUESTO:** ………………………………………………………………………………

**APELLIDOS Y NOMBRES: ………………………..**…………………………………………………………………..………

**Nº de DNI**: ………………………………………………………………………………………………

**Nº CONVOCATORIA** ………………….………………………………………………………………

**CARGO AL QUE POSTULA:** ………………..………………………………………………………

**UNIDAD DE ORGANIZACIÓN:**…………………………………………………………………………

**E-MAIL:** ………………………................................................... **CELULAR:**…………..

**2024**