

**NOMINA DE PLAZAS VACANTES DE PROFESIONALES NO MEDICOS  
TECNICOS Y AUXILIARES - HONADOMANI "SAN BARTOLOME"**

<b>Nº ORDEN</b>	<b>UNIDAD ORGANICA</b>	<b>DENOMINACION DEL CARGO</b>	<b>NIVEL REMUNE- RATIVO</b>	<b>Nº VACAN- TES</b>
1	DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO - SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL	TRABAJADOR/A SOCIAL	IV	1
2	DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO - SERVICIO DE FARMACIA	TECNICO/A EN FARMACIA	TF	3
3	DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO - SERVICIO DE NUTRICION	TECNICO/A EN NUTRICION	TF	2
4	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	TECNICO/A EN ENFERMERIA	TF	8
5	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ASISTENTE TECNICO SECRETARIAL	TF	1
6	DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO - SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA	TECNICO/A EN LABORATORIO	TF	2
7	DIRECCION GENERAL	TECNICO/A ADMINISTRATIVO	TF	1
8	DIRECCION GENERAL	TECNICO/A EN ARCHIVO	TF	1
9	OFICINA DE PERSONAL	TECNICO/A ADMINISTRATIVO	TF	1
10	OFICINA DE LOGISTICA	TECNICO/A ADMINISTRATIVO	TF	1
11	OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MTTO.	TECNICO/A EN SERVICIOS GENERALES	TF	2
12	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA - COORDINACION DE INFORMATICA	TECNICO/A EN SOPORTE INFORMATICO	TF	1
13	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA - COORDINACION DE INFORMATICA	TECNICO/A EN TELECOMUNICACIONES	TF	1
14	OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA - COORDINACION DE BASE DE DATOS	TECNICO/A ADMINISTRATIVO	TF	1
15	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	AUXILIAR EN ENFERMERIA	AF	1
16	OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MTTO.	TRABAJADOR/A DE SERVIC. GRALES.	AF	1
<b>TOTAL DE PLAZAS VACANTES</b>				<b>28</b>

**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

**CONCURSO:**

**ESPECIALIDAD:**

:

**GRUPO OCUPACIONAL:**

**Apellido Paterno**

**Apellido Materno**

**Nombres**

**DOCUMENTOS PRESENTADOS**

- ( ) Ficha de Inscripción
- ( ) Partida de Nacimiento
- ( ) Certificado de Salud
- ( ) Certificados de Antecedentes
- ( ) Certificados de Estudios
- ( ) Copia Fedateada de Diploma
- ( ) Copia Fedateada Titulo
- ( ) Copia Fedateada Titulo de Colegiación
- ( ) Curriculum Documentado
- ( ) Certificado de Experiencia Laboral
- ( ) Tres (03) Fotografías tamaño Carnet con fondo Blanco

N° de Folios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Recepcionista

**ANEXO N° 02**

**FICHA DE INSCRIPCION**

CODIGO	NUMERO

ESPECIALIDAD A LA QUE POSTULA

GRUPO OCUPACIONAL

NIVEL

**I. DATOS PERSONALES**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar	día /mes /año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

N° BREVETE:

DIRECCIÓN:

Avenida/Calle	N°	Dpto.
---------------	----	-------

CIUDAD:

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO:  CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO N° :  HABILITACION: SI  NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA) : SI  NO  N° RESOLUCION SERUMS

**II. PERSONA CON DISCAPACIDAD**

El postulante es discapacitado:

SI

N° REGISTRO:

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el cual se acredite su condición.

**III. FORMACIÓN ACADÉMICA**

Título (1)	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año)
Doctorado					
Maestría					
Título					
Bachillerato					
Estudios Técnicos					
Secundaria					

**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**

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Informática					
Idiomas					

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**


Marcar con un aspa donde corresponda:

Idioma 1:

Muy Bien    Bien    Regular

**Habla**  
**Lee**  
**Escribe**

Idioma 2:

Muy Bien    Bien    Regular

**Habla**  
**Lee**  
**Escribe**

**IV. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

Nº (1)	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
•					
Marcar con aspa según corresponda: Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otro( ) _____					
Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/ año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
2					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otro( ) _____					

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

Lima, 21 de Diciembre del 2017

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**ANEXO 03**

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**  
(Ley N° 26771, D.S N° 021-2000-PCM, D.S. N° 071-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM)

....., identificado (a) con DNI N° ....., al amparo del Principio de la 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 consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge (Padre, Hermano, Hijo, Tío, Sobrino, Primo, Nieto, Suegro, Cuñado), con la facultad para designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

<b>Relación</b>	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Área de Trabajo</b>

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 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

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 prevé pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Lima, 21 de Diciembre del 2017

Firma: .....

DNI: .....

**HUELLA DACTILAR**

## **ANEXO 04**

### **DECLARACION JURADA**

El que suscribe \_\_\_\_\_, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliado en la \_\_\_\_\_.

#### **DECLARO BAJO JURAMENTO**

- ✓ No registrar Antecedentes Penales<sup>1</sup>, Policiales, ni Judiciales, gozar de Buena Salud Física y Mental y estar habilitado 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 – Artículo 411° del Código Penal 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**

Lima, 21 de Diciembre del 2017

<sup>1</sup> Ley N° 29607, de fecha 22 de octubre del 2010.