

**PERÚ**Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 1 HOJA RESUMEN DE POSTULANTE

Fecha: / /

PROCESO DE CONVOCATORIA DE CONCURSO PÚBLICO POR REEMPLAZO N° 01-2025- (Contrato a Plazo Fijo)

Nombre del
Puesto

Unidad Orgánica

NOTA: La información contenida en la presente Ficha de Postulación tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual el INSN tomará en cuenta la información en ella consignada. El INSN se reserva el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente de los documentos presentados en copia. La Evaluación Curricular se basará estrictamente en la información registrada en esta Ficha Curricular, cuya acreditación documental obligatoria deberá ser presentada para la Etapa de la Entrevista y no podrá ser utilizada para mejorar lo indicado en el presente formulario. Se le recuerda que cualquier dato consignado en esta Ficha Curricular que no esté documentado o que resultara falso o equivocado o haya omitido, ANULARÁ su condición de postulante, por ende no podrá continuar con el proceso de selección y el INSN se reserva de las acciones legales que crea conveniente.

A. DATOS PERSONALES.

Apellidos y Nombres	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento: (Dd/Mm/Aaaa)	
Lugar de Nacimiento: Dpto. / Prov. / Distrito	
N° de DNI o Carne de Extranjería	
N° de RUC	
Estado Civil	
Domicilio Actual	
Dpto. / Prov. / Distrito	
N° de Teléfono Fijo / Móvil (*)	
Correo Electrónico (*)	

*Consigne correctamente su número telefónico y dirección de correo electrónico, pues en caso de requerirse, la entidad utilizará tales medios para comunicarse con usted.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Instituto Nacional
de Salud del Niño**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

B. MARCAR CON UNA "X", SEGÚN CORRESPONDA:1 He realizado el SERUMS o su
equivalente☐

4 otros

☐2 Tengo Registro de Médico
Auditor☐

5 Especificar

3 Tengo colegiatura

☐**C. FORMACIÓN ACADÉMICA, GRADO ACADÉMICO Y/O NIVEL DE ESTUDIO ALCANZADO.**

TIPO DE FORMACIÓN / GRADO ACADÉMICO	FORMACIÓN ACADÉMICA	UNIVERSIDAD / CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO	FECHA DE EXPEDI CIÓN DEL GRADO (*)
UNIVERSITARIA				
DOCTORADO				
MAESTRÍA				
TECNICO				
SECUNDARIA				

(*) De consignar en Nivel Alcanzado - EN CURSO - indicar el CICLO O SEMESTRE alcanzado en la celda de Fecha de Expedición del Grado o Egreso

Dejar los espacios en blanco para la formación académica que no aplique para el perfil.

D. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN.

Cursos (incluye cualquier modalidad de capacitación: cursos, talleres, seminarios, conferencia, entre otros) con no menos de 12 horas de duración. No son acumulativos. Se podrán considerar acciones de capacitación con una duración mayor a 08 horas, en caso de ser organizados por un ente rector en el marco de sus atribuciones normativas.

Programas de Especialización o Diplomados con no menos de 90 horas, o mayor a 80 horas en caso de ser organizados por disposición de un ente rector, en el marco de sus atribuciones normativas.

**D.1 CURSOS, TALLERES Y/O SEMINARIOS (Registrar sólo
los relacionados al perfil del puesto)**

N°	CURSOS, TALLERES Y/O SEMINARIOS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS
1				
2				
3				

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Instituto Nacional
de Salud del Niño**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

4				
5				

D.2 ESPECIALIZACION Y/O DIPLOMADOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)

N°	ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADOS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS
1				
2				
3				
4				
5				

E. CONOCIMIENTO PARA EL PUESTO.**D.1 INFORMÁTICA E
IDIOMAS**

N°	PROGRAMA (Word, Excel, Power Point, otros)	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO	IDIOMA	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO
1						
2						
3						

F. EXPERIENCIA.

Cada experiencia laboral que se consigne deberá de ser registrada tal como lo indica el documento que sustente dicho fin (Certificado, Constancia, Boleta de Pago, Resolución, Orden de Servicio u otros) en el cual se debe observar claramente el **Cargo Desempeñado, Fecha de Inicio y Fin.**

**F.1 EXPERIENCIA LABORAL
GENERAL**

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANIZACIONAL / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL		
							AÑOS	MESES	DÍAS
1									
2									

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Instituto Nacional
de Salud del Niño**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL GENERAL							AÑ OS	ME S	DI AS

F.1 EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA

Experiencia laboral asociada a la función y/o materia del puesto. (Registrar sólo las experiencias laborales relacionadas al puesto).

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL		
							AÑ OS	ME S	DÍ AS
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA							AÑ OS	ME S	DÍ AS
							0	0	0

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Instituto Nacional
de Salud del Niño**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Soy Licenciado de las Fuerzas Armadas y cuento con la Certificación y/o documentación correspondiente.		

En el caso marque "SI"

indicar:

**N° Carnet de Licenciatura de la
Fuerza Armada** _____

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Soy una persona con Discapacidad, y cuento con la acreditación correspondiente de conformidad con lo establecido por la LEY N° 27050, CONADIS.		

En el caso marque "SI"

indicar:

N° Código de CONADIS _____

DECLARO haber revisado las bases del concurso y los criterios de evaluación que se encuentran en la página WEB del INSN y acepto las condiciones de postulación. Asimismo, **DECLARO** que la información proporcionada es veraz y en caso sea necesario, autorizo su investigación. De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa, acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 2 DECLARACION JURADA

El _____ que _____ suscribe
identificado (a) con DNI N° _____, estado civil
_____ y con domicilio en _____
_____ Distrito _____

_____ Departamento: _____ Provincia: _____
_____ En pleno uso de mis

facultades y en conocimiento de lo dispuesto en las Bases Administrativas del concurso para
Cambio de Grupo Ocupacional y Ascenso, DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- 1) No haber sido sancionado por falta de carácter disciplinario en los últimos 2 años, ni en ningún tipo de Proceso Disciplinario.
- 2) Gozar de buena salud física y mental.
- 3) No tener grado de parentesco, con ningún miembro de la Comisión y/o funcionarios de la institución.
- 4) No registrar antecedentes policiales, penales ni judiciales.
- 5) No tener condena por delito o apología de terrorismo, tráfico ilícito de drogas, violación de la libertad sexual o violencia familiar.
- 6) No tener inhabilitación vigente en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles – RNSSC.
- 7) No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos – REDERECEI ni estar inscrito en el Registro de Deudores Judiciales Morosos – REDJUM.
- 8) No estar inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.

Que, la información detallada en mi hoja de vida, así como los documentos que presento son verdaderos.

Formulo la presente declaración Jurada en virtud del principio de veracidad establecido en los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley de procedimientos Administrativo General. Asimismo, manifiesto que lo declarado se ajusta a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente, por cualquier acción de certificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad y me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 427° y el Artículo 438° del Código Penal.

Lima, de de 2025

Firma
DNI N°



Huella digital