



PERÚ

Ministerio  
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
DEL NIÑO – SAN BORJA



"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

**SOLICITUD DEL POSTULANTE DIRIGIDO AL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN  
ESPECIAL DE EVALUACION Y SELECCIÓN DE PERSONAL-CAS**

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ESPECIAL DE EVALUACION Y  
SELECCIÓN DE PERSONAL-CAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
– SAN BORJA.**

**S.P**

Apellidos y Nombres: ..... DNI N°.....

Lugar y Fecha de Nacimiento: ..... Edad: .....

Dirección domiciliaria actual: .....

Presenta algún tipo de Discapacidad (acreditada): SI ( ) NO ( )

Teléfono Fijo: ..... Cel: ..... Email: .....

Estado Civil: .....

Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria del PROCESO CAS N°.....,  
para la contratación de los servicios de: .....,  
en el **Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.**

Que, teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el  
cronograma publicado por la Comisión que usted preside, se me considere como  
postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha  
convocatoria.

POR TANTO,

A usted pido señor Presidente de la Comisión Especial de Evaluación y Selección de  
Personal, acceder a mi solicitud.

San Borja,..... de..... del .....

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

**DNI N°.....**



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – SAN BORJA



"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

**ANEXO N° 01**

**DECLARACIÓN JURADA DE SOMETERSE A LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LAS BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN CAS**

Quien

suscribe,.....,

identificado(a) con DNI N°....., RUC N°.....

y con domicilio real en: .....

Estado civil: ....., natural del Distrito de: ....., Provincia de:

..... Departamento de: .....,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No encontrarse sancionado en ninguna Entidad Pública. De haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere el caso).
3. No encontrarme inhabilitación para ejercer cargo en el Estado.
4. No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD.
5. No tener antecedentes policiales, judiciales ni penales.
6. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
7. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato.
8. Que la información detallada en mi Currículo Vitae, así como los documentos que se incluyen, son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación 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.

San Borja,.....de.....del.....

.....

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**DNI N°.....**



**ANEXO N° 02**

**DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO :

APELLIDO MATERNO :

NOMBRES :

DOMICILIO :

TELEFONO :

N° DE RUC :

CORREO ELECTRONICO :

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

DNI N°.....

SOLO SE TENDRAN COMO POSTULANTES AQUELLOS CUYO RUC SE  
ENCUENTREN ACTIVOS,  
LA VERIFICACION SE EFECTUARA EN LA PAGINA WEB DE LA SUNAT.



**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER PROCESOS ADMINISTRATIVOS VIGENTES NI IMPEDIMENTO PARA CONTRATACIÓN.**

Señores.

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA**

Presente.-

De mi consideración:

Por el presente documento.

Yo....., identificado(a) con DNI N° ....., con domicilio ....., al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** de no tener:

1. Procesos administrativos vigentes.
2. Impedimento para contratar con el Estado.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previstos en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Asimismo, 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 411° del Código Penal: "El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años"

San Borja,.....de.....del.....

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

**DNI N°.....**



ANEXO N° 04

DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Señores.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

Presente.-

Por el presente documento, Yo identificado (a) con DNI N° domiciliado (a) en en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, y modificado mediante Decretos Supremos N° 017-2002-PCM y 034-2005-PCM; y al amparo del Artículo Preliminar 1.7 de la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, DECLARO BAJO JURAMENTO que:

SI NO

Cuento con parientes hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad, y/o Cónyuge que a la fecha se encuentra prestando servicios en el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.

En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une en vínculo legal indicado es (son):

Table with 3 columns: NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS, GRADO DE PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL, OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS

San Borja, de de

FIRMA DEL POSTULANTE DNI N°

Grado de Parentesco por línea de consanguinidad y afinidad

Table with 2 main columns: Grado, Titular /cónyuge. Sub-headers: Padre / Madre, Suegro (a), Hijo (a), Yerno / nuera, Abuelo (a), Hermano (a), Cuñado (a), Nieto (a), Bisabuelo (a), Tío (a), Sobrino (a), Bisnieto (a), Primo (a)

El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada cónyuge se halla en igual línea de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso del divorcio y mientras viva el ex cónyuge. (Art. 237° del Código Civil).



**ANEXO N° 05**

**DECLARACION JURADA DE ENCONTRARME COLEGIADO Y TENER VIGENTE HABILIDAD PROFESIONAL**

Yo,....., identificado con DNI./CE. N°....., domiciliado en .....Mza.....Lote/Sub lote..... Urbanización ..... distrito ..... provincia y departamento de Lima, de profesión.....,con registro ..... N°....., declaro estar habilitado en el ejercicio profesional como ..... correspondientes a mi especialidad de .....

Asimismo, declaro que todos los datos consignados anteriormente son verdaderos, sometiéndome a las sanciones de ley vigente en caso de falsedad de la presente declaración.

Lima, ..... de ..... de 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Profesional

Teléfonos:.....



PERÚ

Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – SAN BORJA



"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA PARA BONIFICACIÓN**

Yo.....  
Identificado(a) con DNI N°....., con domicilio real en ..... de  
nacionalidad ..... Edad..... de estado civil.....  
Profesión.....a efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para  
desempeñarme como .....en el Instituto Nacional  
de Salud del Niño – San Borja, manifiesto con carácter de DECLARACIÓN JURADA lo  
siguiente:

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD**

(Marque con "X" la respuesta)

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por la CONADIS		

**BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

(Marque con "X" la respuesta)

PERSONA LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por la CONADIS		

San Borja,..... de..... de.....

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

DNI N°.....