



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



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

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°.....



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO – SAN BORJA



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

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.



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO – SAN BORJA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”



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°



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO – SAN BORJA



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

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):

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

Grado	Titular /cónyuge			
1°	Padre / Madre	Suegro (a)	Hijo (a)	Yerno / nuera
2°	Abuelo (a)	Hermano (a)	Cuñado (a)	Nieto (a)
3°	Bisabuelo (a)	Tío (a)	Sobrino (a)	Bisnieto (a)
4°	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).



PERÚ

Ministerio
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO – SAN BORJA



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

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°..... y R.N.E. N°, declaro
estar habilitado en el ejercicio profesional como
..... y 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, dede 20.....

Firma y Sello del Profesional

Teléfonos:.....



PERÚ

Ministerio
de SaludINSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO – SAN BORJA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

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 comoen 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 Licenciado/a de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo descrito en el Art. 61° de la Ley 29248 que establece criterios para asignar una bonificación en concursos para puestos de trabajo en la administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de Licenciado.		

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

.....
FIRMA DEL POSTULANTE**DNI N°.....**

