# SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ESPECIAL DE EVALUACION Y SELECCIÓN DE PERSONAL-CAS DEL INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLOGICAS.

**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: ……………… Celular: ……………… Email: ………………………………………..

Estado Civil: ………………………………

Mediante el presente declaro, mi voluntad de participar en la convocatoria **CAS N° 001-2024-INCN**, para la contratación en el cargo de: , en el

# Órgano ……………………………………………. Unidad Orgánica: …………………………………del INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLOGICAS, que corresponde al ITEM N°……… .

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.

Lima,……de…………..………… del ……..……….

………………………………………………………..

#  FIRMA DEL POSTULANTE

**DNI N°…………………………**

ANEXO “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.

1. No tener antecedentes policiales, judiciales ni penales.
2. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
3. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato.
4. 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.

Lima,…………de……………….…………del……………

………………………………………………………..

#  FIRMA DEL POSTULANTE

**DNI N°…………………………**

**ANEXO “02”**

**FICHA DE CURRÍCULUM VITAE (CV) DEL POSTULANTE AL PROCESO DE CONVOCATORIA CAS Nº 001-2024-INCN**

## Nº DE CONVOCATORIA:

**NOMBRE DEL PUESTO (CARGO A POSTULAR): CODIGO DE PLAZA AL QUE POSTUAL:**

## OFICINA/ ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE POSTULA :

1. **DATOS PERSONALES:**

## Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

##  LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

**Lugar día/mes/año**

\_

## NACIONALIDAD:

**ESTADO CIVIL:**

## DOCUMENTO DE IDENTIDAD/CARNET DE EXTRANJERÍA: RUC:

**N° BREVETE:** (SI APLICA)

## DIRECCIÓN:

**Avenida/Calle Nº Dpto.**

## CIUDAD: DISTRITO:

**TELÉFONO FIJO: CELULAR:**

## CORREO ELECTRÓNICO: COLEGIO PROFESIONAL: (SI

APLICA)

**REGISTRO N° : HABILITACIÓN: SI ** **NO **

## LUGAR DEL REGISTRO:

**SERUMS (**SI APLICA) **: SI ** **NO **

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

**SECIGRA (**SI APLICA) **: SI NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple de la constancia de egresado y el certificado de SECIGRA.

## PERSONA CON DISCAPACIDAD:

El postulante es discapacitado:

SI Nº REGISTRO:

NO

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

## LICENCIADO EN LAS FUERZAS ARMADAS:

El postulante es Licenciado de las Fuerzas Armadas:

SI NO

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

## DEPORTISTA CALIFICADO :

El postulante es deportista calificado:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente.

## FORMACIÓN ACADÉMICA:

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel alcanzado/ (1)Título** | **Nombre de la Profesión/ Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad****/ País** | **Estudios Realizados desde / hasta****(mes/año)** | **Fecha de Extensión del Título(2)****(DD/MM/aaaa)** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Título Universitario |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Egresado de Estudios Universitarios |  |  |  |  |  |
| Título Técnico |  |  |  |  |  |
| Egresado de 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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otro Tipo de estudios** | **Nombre de la Especialidad o curso u otros** | **Institución****/universidad o centro de estudios** | **Ciudad****/ País** | **Estudios Realizados desde / hasta****mes / año (total horas)** | **Fecha de extensión del título, constancia o certificado (mes/año****(mes/año)** |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |

\*En caso de estudios y/o conocimiento en Informática, especificar programas o aplicativos que domina:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

\*En caso de estudios y/o conocimiento de Idiomas, marcar con una aspa el nivel de dominio donde corresponda:

## Idioma 1 Idioma2



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Muy Bien** | **Bien** | **Regular** |
| **Habla** |  |  |  |
| **Lee** |  |  |  |
| **Escribe** |  |  |  |

1. **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 (Puesto) y Área/Oficina** | **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****y Área/Oficina** | **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( )  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre De La Entidad o Empresa** | **Cargo****y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/****año)** | **Fecha de culminación (día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo****(años, meses días)** |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 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****y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/****año)** | **Fecha de culminación (día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo****(años, meses días)** |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 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****y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/****año)** | **Fecha de culminación (día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo****(años, meses días)** |
| **5** |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Nº** | **Nombre de la entidad o empresa** | **Cargo****y Área/Oficina** | **Fecha de inicio (día/mes/****año)** | **Fecha de culminación (día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo****(años, meses días)** |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Experiencia (Registrar el tiempo total de experiencia general y específica)** | **Tiempo Total****(años, meses, días)** |
| **Experiencia Laboral General** | En el Sector Público: |  |
| **En total (Sector Público y/o Privado)** |  |
| **Experiencia Laboral Específica** | En el Sector Público: |  |
| **En total (Sector Público y/o privado)** |  |

**Nota:** Considerar desde la fecha de egresado, según detalle de lo registrado en el campo de las experiencia laborales y/o profesionales

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

# Marcar con un aspa según corresponda:

SI NO

## REFERENCIAS LABORALES

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando**.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la entidad o empresa** | **Cargo de la referencia** | **Nombre del jefe inmediato o persona que refiere** | **Teléfono actual** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

………………..,… del 2024.

## Firma

**ANEXO “03”**

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

Señores.

# INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLOGICAS

Presente.-

De mi consideración:

Por el presente documento. Yo… ,

identificado(a) con DNI N° ……………………….., con domicilio

…………………………………….………………………….., al amparo de lo dispuesto por los artículos 41º y 42º de la Ley Nº 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 411º 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”

Lima,…………de……………….…………del……………

………………………………………………………..

# FIRMA DEL POSTULANTE

**DNI N°…………………………**

**ANEXO “04”**

**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Señores.

# INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLOGICAS

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:

**NO**

**SI**

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 CIENCIAS NEUROLOGICAS.

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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Lima,………… de………….………. de…………

………………………………………………………..

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**DNI N°…………………………**

Grado de Parentesco por línea de consanguinidad y afinidad



El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada có nyuge 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. 237º del Código Civil).

**ANEXO “05”**

**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 CIENCIAS NEUROLOGICAS, 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 laLey 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 condiciónde Licenciado. |  |  |

**BONIFICACIÓN POR DEPORTISTA CALIFICADO**

(Marque con “X” la respuesta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEPORTISTA CALIFICADO | SI | NO |
| Usted es una persona reconocida como Deportista Calificado, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley N° 27674, que establece el acceso de deportistas calificados de alto nivel a la administración pública, y cuenta con la acreditación otorgada por la Federación Peruana del Deporte y el ComitéOlímpico Peruano. |  |  |

Lima,………… de………….………. de…………

………………………………………………………..

# FIRMA DEL POSTULANTE

**DNI N°…………………………**

**ANEXO “06”**

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

Yo,………………………………………………………………………………..., identificado con DNI./CE. N°……………………………….., domiciliado en

…………………….………………………………….…Mz..………Lote/Sub lote………..……

Urbanización ………………….………………..………….………………..., distrito

……………………………………………….……, provincia y departamento de ,

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, ……. de …………………………..de 20……

Firma y Sello del Profesional

Teléfonos:…………………….