

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE POSTULANTE

Yurimaguas, de 20....

Señor
Presidente de la Comisión Evaluadora CAS
Presente.-

De mi consideración:

Yo,.....con DNI N°,con domicilio en....., solicito mi participación como postulante en el proceso de selección para la Contratación Administrativa de Servicios del **PROCESO CAS N°...04... -2020.....** para lo cual declaro que cumplo íntegramente con los requisitos y perfil mínimo establecido en la publicación correspondiente al servicio convocado, adjuntando lo siguiente:

1. Declaraciones Juradas (Anexo N° 01 – A y B)
2. Copia simple legible de mi Documento Nacional de Identidad (Vigente)

.....de.....de 20.....

.....
FIRMA DEL POSTULANTE

Indicar marcando con un aspa (x), lo siguiente:

Persona con Discapacidad	(SI)	(NO)
Adjunto Certificado de Discapacidad	(SI)	(NO)
Persona licenciada de las Fuerzas Armadas	(SI)	(NO)
Adjunto documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas	(SI)	(NO)

ANEXO N° 01 - A

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo,.....con DNI N°
..... y domicilio fiscal endeclaro bajo juramento:

- No percibir ingresos por parte del estado (salvo actividad docente)
- No tener inhabilitación administrativa o judicial para el ejercicio de la profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública.
- No tener impedimento expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes, para ser postores o contratistas y/o para postular, acceder o ejercer el servicio, función o cargo convocado por la Dirección de Red de Salud Alto Amazonas.
- No tener antecedentes penales ni policiales, tener sentencias condenatorias.
- No haber sido sometido a procesos disciplinarios o sanciones administrativas que impidan laborar en el Estado.
- No figurar en el Registro Nacional de Sanciones Destitución y Despido - RNSDD.

Esta declaración se formula en aplicación del principio de veracidad establecido en el Artículo 42º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Yurimaguas, ____ de _____ de 2020

Firma

ANEXO N° 01 - B

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO - Ley N° 26771

D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM

Yo,
identificado con DNI N° al amparo del Principio de 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:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad o
por razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de
manera directa o indirecta en el ingreso para laborar a la Dirección de Red de Salud Alto
Amazonas.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su
Reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me
comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO,
conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que en el Centro de Salud Mental Comunitario laboran las personas
cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la relación o vínculo de afinidad (A)
o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) o unión de hecho (UH), señalados a
continuación.

Relación	Apellidos	Nombres	Área de Trabajo

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
una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que
cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Yurimaguas, _____ de _____ de 20 __

Firma