**ANEXO Nº 1**

Solicito: Inscripción para el Concurso de Contratación Administrativa de Servicios

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO CAS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE”

S.P.

Yo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Identificado(a) con

DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, enterado de los requisitos y condiciones que establece la Convocatoria a Concurso CAS del Hospital Nacional Hipólito Unanue, publicada en su página Web, solicito a usted mi inscripción y por lo tanto considerarme como postulante para el Cargo de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **CODICO del Puesto** \_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Unidad Orgánica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para lo cual adjunto mi expediente sustentado con los requisitos que consta de: \_\_\_\_\_\_\_ Folios.

POR LO TANTO:

Solicito a usted aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2025

Firma del Solicitante

DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TF. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 2**

**DECLARACION JURADA**

Yo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Identificado(a) con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_ natural del Distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:**

\* No encontrarme sancionado en ninguna entidad pública, de haberlo sido deberá adjuntar su rehabilitación.

\* No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional

\* No tengo antecedentes Penales, Judiciales ni Policiales

\* No tengo inhabilitación para ejercer cargo en el Estado

\* No haber sido sentenciado por violencia familiar y/o sexual

\* No tengo sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores

\* No me encuentro incurso en Nepotismo

\* Cuento con disponibilidad inmediata a la suscripción del Contrato

Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente Declaración Jurada; asimismo, me comprometo a presentar la documentación sustentatoria en caso de salir ganador de la plaza concursada.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2025

…………………………….

Firma del Solicitante

DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TF. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 3**

## DECLARACIÓN JURADA

Yo,…………..……………………………………………………………………, identificado(a) con D.N.I Nº ……..….………y con domicilio actual…………………………………………………………………….

**DECLARO BAJO JURAMENTO**:

### INCOMPATIBILIDAD

No tener impedimento de contratar con el Estado en la modalidad de Servicios ni estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el Decreto Supremo Nº 019-02-PCM, y

### NEPOTISMO

No tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza del Hospital Nacional Hipólito Unanue, que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.

La presente Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo, la presento dentro del marco de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM, modificado por el D.S. N° 034-2005-PCM.

#### REGIMEN PENSIONARIO

Elijo el siguiente régimen de pensiones:

Sistema Nacional de Pensiones

Sistema Privado de Pensiones

Integra

Pro Futuro

Horizonte

##### OPCIONAL

Prima

Solo para los que vienen prestando servicios al Estado

SI

Afiliación al Régimen Pensionario

NO

**Nota:**

(1) D.S. que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, **así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual**

El Agustino ,………… de………………… de 2025

 ……………….……….

 Firma

DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 4**

DECLARACION JURADA

Yo, …................................................................................, identificado(a) con D.N.I. Nº …......................., de profesión y/ u ocupación …............................, con domicilio en: ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------…….................................................................................................................................................... ..

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

Que a la fecha cuento con buena salud física y mental.

Extiendo la presente Declaración Jurada en honor a la verdad, bajo juramento de Ley, y absoluta responsabilidad sobre la veracidad del contenido de la presente declaración, sometiéndome libre y voluntariamente a los alcances de los dispositivos legales vigentes.

Asimismo, me comprometo a presentar el correspondiente Certificado de buena salud física y mental, hasta antes de la Publicación de los Resultados del Concurso –CAS en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

El Agustino ,………… de………………… de 2025

…………………………….

 Firma

DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 5**

DECLARACION JURADA

Yo, ………………………………………………………………, identificado con D.N.I. Nº ………………, de ocupación ……………………………………………………………….……..… ……, con domicilio en …………………………………………………………………………………………………….……………...

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

Que en uso de mis facultades y de acuerdo a la Ley Nº 27444 Procedimiento Administrativo General; de no percibir remuneración, ni laborar en otra Institución del Estado a nivel nacional bajo ninguna modalidad, con excepción de la función de la Docencia Instituciones Públicas.

Asimismo, de ser falsa dicha declaración me someto a las sanciones administrativas que de acuerdo a Ley estaría infringiendo.

El Agustino del 2025

…………………………….

 Firma

 DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 6**

DECLARACION JURADA

Yo, ………………………………………………………………, identificado con D.N.I. Nº ………………, de ocupación ……………………………………………………………………..… ……, con domicilio en ………………………………………………………………………………………………….………………

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

* De no encontrarse en el Registro de Deudores Alimentarios morosos REDAM
* De no encontrarse en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD.

Extiendo la presente Declaración Jurada en honor a la verdad, bajo juramento de Ley, y absoluta responsabilidad sobre la veracidad del contenido de la presente declaración, sometiéndome libre y voluntariamente a los alcances de los dispositivos legales vigentes.

Asimismo, de ser falsa dicha declaración me someto a las sanciones administrativas que de acuerdo a Ley estaría infligiendo.

El Agustino del 2025

…………………………….

 Firma

 DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 07**

**Consentimiento Informado respecto de la Grabación de Imagen y Voz en la Entrevista Personal y del Tratamiento de Datos Personales**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Postulante en el Proceso de Selección N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, suscribo el presente documento en el marco del Principio de Consentimiento regulado en el artículo 5 de la Ley N° 29733, Ley de protección de Datos Personales y el artículo 7 del Reglamento de la Ley N° 29733, aprobada por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, y expreso lo siguiente:

**I.-** Que, como titular de mis datos personales, me encuentro facultado a dar consentimiento libre, previo, expreso, informado e inequívoco, respecto de la grabación de mi imagen y voz durante la entrevista personal y el tratamiento de los datos personales, conforme a la Ley N° 29733, Ley de protección de Datos Personales y Reglamento de la Ley N° 29733, aprobado por Decreto Supremo N° 003-201-JUS; sí como con la finalidad que se considere en el desarrollo del Proceso de Selección, en el cual participo como postulante, regido por el Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, Reglamento y sus normas modificatorias.

**PREVIO A DAR RESPUESTA, DEBERÁ DAR LECTURA A LA INFORMACIÓN DE CARÁCTER LEGAL QUE SE CITA EN EL PRESENTE DOCUMENTO**.

**II.-** Conforme a la información revisada, expreso mi voluntad de la forma siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **OTORGO** mi consentimiento al Hospital Nacional Hipólito Unanue, a través de la Unidad de Personal, respecto de lo siguiente: i) para la grabación de imagen y voz durante la entrevista personal del presente Proceso de Selección y para el tratamiento de mis datos personales según la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales |
|  | **NO OTORGO** mi consentimiento respecto de lo siguiente: i) para la grabación de imagen y voz durante la entrevista personal del presente Proceso de Selección y para el tratamiento de mis datos personales según la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales |

Lima, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 20\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Firma |  |
| Apellidos y nombres |  |
| D.N.I. |  |

**ANEXO 08**

**Declaración Jurada de compromiso de antisoborno y anticorrupción en el HNHU**

El/la que suscribe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N°­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, , domiciliado(a) en ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de Servidor del HNHU, asumo los compromisos siguientes:

* Respetar los principios y valores establecidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y como muestra de mi responsabilidad me comprometo a tomar una actitud de tolerancia cero ante el soborno y la corrupción.
* Acepto y me comprometo a colaborar de buena fe en cualquier función que lleve a cabo en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
* Me comprometo a observar y cumplir estrictamente los principios, deberes y prohibiciones contenidas en las normas internas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En caso de incumplimiento de lo antes indicado, me someto al deslinde de responsabilidades a que hubiere lugar, no pudiendo alegar desconocimiento.

 Lima \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

 Huella digital

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El/la Trabajador/a

**ANEXO N° 09**

**FICHA DE POSTULANTE**

**Proceso de Contratación CAS Nº ........-20.....- HNHU / CAS TRANSITORIO**

**Indicaciones:**

|  |
| --- |
| ***Ingresar las fechas en dd/mm/aa - Completar con letra imprenta******De requerir ingresar una cantidad mayor de información, puede añadir celdas):*** |

Formulo la presente Declaración Jurada en virtud del principio de Presunción de veracidad previsto en el numeral 1.7 del artículo IV del Título Preliminar y artículo 42° de la Ley Nº 27444, Ley General del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente. Por lo que Declaro que todos los datos y/o información declarada en el presente documento es verdadero.

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido Paterno |  |
| Apellido Materno |  |
| Nombres |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Dirección domiciliaria |  |
| Documento de Identidad |  |
| N° RUC |  |
| Teléfonos de contacto |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Celular |  |  Casa |  |

 |
| Correo electrónico | Autorizo expresamente que toda notificación sea realizada al presente correo y me comprometo a brindar el acuse de recibo respectivo, conforme a la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. |

Licenciado de las Fuerzas Armadas: SI NO (\*)

¿Cuenta con alguna discapacidad? SI NO (\*\*)

N° Carnet / Código CONADIS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es Deportista Calificado? SI NO (\*\*\*)

**(\*), (\*\*) y (\*\*\*): Para sustentar deben presentar los documentos de sustento.**

Los datos que se incluyan en las Secciones desde la II hasta la VIII deben estar acompañados de los documentos sustentatorios correspondientes. Cuando en el presente Concurso CAS no se adjunten los datos y documentos necesarios para la evaluación, dicha actividad no merecerá puntaje alguno.

En caso de prestación de servicios no personales, solo serán consideradas las conformidades de servicio o en su defecto constancias o certificados de prestación de servicios (No se aceptaran órdenes de servicio, sin las conformidades de servicios) siempre que dejen constancia expresa del objeto del servicio realizado, la fecha de inicio y término del servicio, además de ser el caso adjuntar los términos de referencia o algún otro documento donde se acredite el detalle de las funciones ejercidas. En caso dicho documento no indique la fecha exacta (día, mes y año) se considerará como fecha de inicio de experiencia (el primer día del mes) y como fecha fin (el último día del mes).

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Estudios** | **Profesión o Especialidad** | **Nivel de Estudios/Grado** | **Desde - Hasta****(años)** | **Fecha de Expedición** | **N° Folio** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **POSGRADO, MAESTRÍA Y DOCTORADO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Estudios** | **Especialidad** | **Grado obtenido** | **Desde - Hasta****(años)** | **Fecha de Expedición** | **N° Folio** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **INFORMACIÓN A CONSIGNAR POR POSTULANTES PROFESIONALES TITULADOS Y COLEGIADOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° Colegiatura** | **Colegio Profesional** | **Habilitación profesional vigente** | **N° Folio** |
|  |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL GENERAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sector** | **Empresa/Entidad** | **Cargo/Puesto****(Especificar las funciones realizadas**) | **Fecha de Inicio****dd/mm/aa** | **Fecha de termino****dd/mm/aa** | **TOTAL****años/meses/días** | **N° Folio** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | TOTALES **años/meses/días** |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA (Podrá formar parte de la experiencia general y está relacionada directamente con el puesto, considerando lo establecido en la convocatoria)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sector** | **Empresa/Entidad** | **Cargo/Puesto****(Especificar las funciones realizadas**) | **Fecha de Inicio****dd/mm/aa** | **Fecha de termino****dd/mm/aa** | **TOTAL****años/meses/días** | **N° Folio** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | TOTALES años/meses/días |  |  |

1. **CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN (Declarar únicamente aquellos requeridos y/o vinculados con el puesto al que postula)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de Estudios** | **Tipo de Capacitación** | **Nombre de Capacitación** | **Carga Horaria****(horas)** | **N° Folio** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, OTROS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Título/Temática** | **Lugar de Publicación** | **Fecha** | **N° Folio** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **REFERENCIAS LABORALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Empresa/Entidad** | **Nombre del Jefe Directo** | **Cargo del Jefe Directo** | **Teléfono/Celular** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **La valoración de los méritos y antecedentes correspondientes, se realizarán contra la información contenida en los certificados, constancias y/o toda la documentación presentada de acuerdo a lo establecido en las bases.** |

**……………………………………**

**Firma del Postulante**

**Apellidos y Nombres**

**D.N.I. Nº…………………………**

**ANEXO N° 10**

37

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS Y SOBRE LAS BONIFICACIONES POR DISPACIDAD Y FUERZAS ARMADAS**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con D.N.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, postulante en el Proceso de Selección CAS N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO BAJO JURAMENTO que:

* Cuento con los siguientes conocimientos de ofimática que se detallan a continuación (marcar con “X” según sea el caso):

|  |  |
| --- | --- |
| **CONOCIMIENTOS** | **NIVEL DE DOMINIO** |
| Básico | Intermedio | Avanzado |
| Procesador de Textos (Word) |   |   |   |
| Hojas de Cálculo (Excel) |   |   |   |
| Programa de Presentaciones (PowerPoint) |   |   |   |
| Inglés |   |   |   |
| Otros (especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |   |

* Pertenezco a las Fuerzas Armadas: SI NO
* ¿Cuenta con alguna discapacidad? SI NO

N° Carnet / Código CONADIS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entrego constancias en mi expediente que acredite lo declarado para que se aplique la(s) bonificación(es) correspondiente(s) por Discapacidad y/o Licenciados de las Fuerzas Armadas.

Firmo la presente Declaración Jurada con conocimiento de las acciones administrativas y penales en las que me vería sujeto en caso de resultar falsa la información que proporciono, por lo que me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales según lo dispuesto y en concordancia con el numeral 32.3 del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo General - Ley 27444.

Distrito, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Firma del Postulante

**ANEXO 11**

38

**COMPROMISO DE INTEGRIDAD (**Sólo para el Comité de Selección)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor/a de Departamento/Servicio/Oficina/Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, designado miembro del Comité de Selección de Personal para el proceso CAS N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto mi compromiso de llevar a cabo una evaluación imparcial de los postulantes del presente proceso, en consecuencia, me comprometo a presentar mi abstención en los siguientes casos:

1. Si el postulante es conyugue, conviviente, pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad con cualquiera de los y las postulantes o candidatos/as ni tampoco le une relación de afinidad por ser progenitor de su hijo/a que laboren en la institución.
2. Si personalmente, o bien mi cónyuge, conviviente o algún pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, tuviese interés en los resultados del presente proceso de selección CAS.
3. Cuando tuviera amistad íntima, enemistad manifiesta o conflicto de intereses objetivo con cualquiera de los postulantes o candidatos/as, que se hagan patentes mediante actitudes o hechos evidentes en el proceso de selección.
4. Cuando tuviere o hubiese tenido en los últimos doce (12) meses, alguna prestación de servicios (de forma subordinada o no) con cualquiera de los y las postulantes o candidatos/as.

Declaro conocer que, de no presentar mi abstención a pasar de encontrarme en alguna de las causales señaladas precedentemente, podrían estar incurriendo en responsabilidad administrativa pasible de sanción, sin perjuicio de las demás responsabilidades a que hubiera lugar.

Lima, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

 Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

39