**ANEXO Nº1**

**CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE**

**Señores**

**COMITÉ DE SELECCIÓN EVALUADORA DEL CONCURSO CAS**

**Presente.-**

Yo, …………………..……………………………………………..……………………….……………….......

Identificado(a) con DNI Nº……………..…….., con domicilio en……………………………………………….

……………………………………………………………………………..…………….……………………….

……………………………………………………………., mediante la presente solicito se me considere para participar en la Convocatoria CAS Nº001-2022, realizado por el Instituto Nacional Materno Perinatal, a fin de acceder al servicio cuya denominación es…………………………………………………………………………………................(nombre del puesto).

Para ello, declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado, y que adjunto a la presente los siguientes documentos: Declaración Jurada (Anexos Nº01, 02, 03, 04,05), copia de DNI, Currículum Vitae, y demás formatos y documentos solicitados.

**Indicar marcando con un aspa (x), condición de Discapacidad:**

Adjunta Certificado de Discapacidad (SI) (NO)

Tipo de Discapacidad:

Física ( ) ( )

Auditiva ( ) ( )

Visual ( ) ( )

Mental ( ) ( )

**Resolución Presidencial Ejecutiva Nº61-2010-SERVIR/PE, indicar marcando con un aspa(x**)

Licenciado de las Fuerzas Armadas ( ) ( )

Lima …………………de …………….. del año 2022

……………………………….

Firma del Postulante

**ANEXO Nº02**

**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

Nº DE CONVOCATORIA

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD ESTADO CIVIL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

RUC:

Nº BREVETE: ( SI APLICA)

DOMICILIO

Avenida/Calle Nº Dpto.

CIUDAD

DISTRITO

TELEFONO FIJO CELULAR:

CORREO ELECTRONICO

COELGIO PROFESIONAL (SI APLICA)

REGISTRO Nº HABILITACION: SI NO

LUGAR DEL REGISTRO

SERUMS (SI APLICA) SI NO Nº RESOLUCION SERUMS

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

**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.

**FORMACION ACADEMICA**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Título  (1) | Especialidad | Universidad, Instituto o Colegio | | Ciudad / País | Estudios Realizados  desde / hasta  (mes/año) | Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año) | | |
| Doctorado |  | |  |  |  |  | |
| Maestría |  | |  |  |  |  | |
| Titulo |  | |  |  |  |  | |
| Bachillerato |  | |  |  |  |  | |
| 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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Concepto | Especialidad | Institución | Ciudad / País | | Estudios Realizados  desde / hasta mes / año (total horas) | | Fecha de extensión del título  (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 |  |  | |  | |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  | |  | |  |  |
| Informática |  |  | |  | |  |  |
| Informática |  |  | |  | |  |  |
| Idiomas |  |  | |  | |  |  |
| Idiomas |  |  | |  | |  |  |

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**

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

Idiona 1:

**Marcar con un aspa donde corresponda**:

Muy Bien Bien Regular

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

Habla

Lee

Escribe

Idioma 2:

**Marcar con un aspa donde corresponda:**

Muy Bien Bien Regular

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

Habla

Lee

Escribe

**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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública (\_\_), Privada (\_\_), ONG (\_\_), Organismo Internacional (\_\_), Otro( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

**Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.**

**REFERENCIAS PERSONALES**

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 de la persona | | Teléfono actual |
| 1 |  |  | |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |

Lima, ………de……………………….. del 2022

**ANEXO Nº03**

**DECLARACIÓN JURADA**

La (el) que suscribe, ………………………………………………………………………………………………………...……….; identificado (a) con DNI N°………………………..; domiciliada(o) en …………………………………..………..……...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N° ……………….………; cuya denominación es …………………………….……..; convocado por INMP, a fin de participar en el proceso de selección descrito y;

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

* No registrar Antecedentes Penales1, Policiales, ni Judiciales.
* Gozar de Buena Salud Física y Mental
* No estar inhabilitado para contratar con el Estado.
* No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea `por obligaciones alimentarías establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarías devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley Nº 28970.
* No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD
* No recibir remuneración ni ingreso de otra Institución Pública, salvo caso de dietas y función docente.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma

Lima,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2022

***1 Ley N° 29607, de fecha 22 de octubre del 2010.***

**ANEXO Nº04**

**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

La(el) que suscribe, ……………………………………………………….……….……………….…, identificado(a) con DNI N° …………………………………con RUC Nº………………………………………….…….domiciliado en……………………….…………………………………………………………..….……………………………………………………..

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

No( ) Si( ) tengo parientes que presten servicios en el INMP, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y, por tanto encontrarme inmerso(a) en los alcances de la Ley Nº26771, Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en caso de parentesco, modificada por la Ley Nº30294, su Reglamento y modificatorias.

¿Tiene familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al INMP, ( Ley Nº26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº021-2000-PCM y sus modificatorias)?

De contar con un familiar, especificar:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grado o relación de parentesco o vínculo conyugal | Área de Trabajo | Cargo | Apellidos y Nombres |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en procedimiento administrativo, previsto en el artículo 411º del Código Penal y delitos contra la Fe Publica, previstos en el título XIX de la misma norma, en concordancia con el artículo 34º del Decreto Supremo Nº004-2019-JUS, Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley Nº27444.

Firma:…………….…………………………

Lima, .………. de …………………...….. del 2022

**ANEXO Nº05**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES**

(Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales)

Yo, ……………………………………………………………………………………………………………………….. Identificado/a con DNI ………………………………, participante del CAS N°\_\_\_\_\_\_\_\_ - 2022, autorizo al Instituto Nacional Materno Perinatal - INMP o a una entidad tercera contratada por dicha entidad, a validar información de mis datos personales en fuentes accesibles públicas y/o privadas.

Asimismo brindo referencias laborales de mis últimos trabajos, verificando que los teléfonos se encuentran actualizados:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **REFERENCIA 1** | **REFERENCIA 2** | **REFERENCIA 3** | **REFERENCIA 4** |
| EMPRESA / ENTIDAD |  |  |  |  |
| DIRECCIÓN |  |  |  |  |
| CARGO / PUESTO DEL POSTULANTE |  |  |  |  |
| NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO |  |  |  |  |
| TELÉFONOS |  |  |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |  |  |  |

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, concordante con el artículo 32º de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Lima,………………… de …………….. del 2022

Firma:…………….…………………………

DNI:…………………………………………..