



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXOS

**CONVOCATORIA N° 01-2020-UGEL SAN IGNACIO PARA LA CONTRATACIÓN
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE PERSONAL DE LOS PROGRAMAS
PRESUPUESTALES 0080, 0090, 0150, PARA EL AÑO 2020.**

APELLIDOS:

NOMBRES:

PUESTO:



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

FORMATO N° 01

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Señor:

DIRECTOR(a) DE LA UGEL SAN IGNACIO

Con atención: Presidente del Comité para el Proceso de Concurso Público de Contratación de Personal en la Modalidad de CAS Año Fiscal 2020.

Presente.

Yo,, identificado con DNI N°,
con domicilio en, distrito de San Ignacio,
provincia de San Ignacio, región Cajamarca.

Mediante la presente solicito se me considere para participar en el Proceso de Concurso Publico de Contratación de Personal en la Modalidad de Contrato Administrativo de Servicios – CAS para el Año Fiscal 2020.

Intervención a la que postula:.....

Nombre del puesto:.....

N° de folios:.....

Para lo cual me someto a los lineamientos establecidos en las bases del presente proceso.

Adjunto al presente mi expediente contenido en un folder manila.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,

San Ignacio,de de 2020.

Firma: _____

Nombres y Apellidos:.....

DNI N°:



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

FORMATO N° 02
FORMATO DE HOJA DE VIDA
(Con carácter de Declaración Jurada)

I. DATOS PERSONALES:

_____/_____/_____
Nombres / Apellido Paterno / Apellido Materno

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

_____/_____/_____
Lugar / día / mes / año

ESTADO CIVIL:.....

NACIONALIDAD:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC N°:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:

_____/_____/_____
Avenida / Calle / Jirón / N° / Dpto. / Int.

URBANIZACIÓN:

DISTRITO:

PROVINCIA:

DEPARTAMENTO:

TELÉFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

PERSONA CON DISCAPACIDAD: Sí NO N° _____

(Si la respuesta es afirmativa, indicar el N° de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad).

LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: Sí NO

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



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año de la Universalización de la Salud"

II. FORMACION ACADEMICA:

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia autenticada o fedateada).

TÍTULO O GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (Mes / Año)	CIUDAD	Nº FOLIO
DOCTORADO					
MAESTRÍA					
POSTGRADO					
DIPLOMADO					
TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO					
BACHILLER/EGRESADO					
ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros)					

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

III. CAPACITACION: Cursos, talleres, Seminarios y/o Estudios de Especialización

Nº	DENOMINACION	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA INICO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (Mes / Año)	Nº de Horas	Nº FOLIO
1º							
2º							
3º							
4º							

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

IV. EXPERIENCIA LABORAL

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SOLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN LA PLAZA U CARGO AL QUE POSTULA, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

a) Experiencia laboral general mínima de años (comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº Folio
01						
02						
03						



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL SAN IGNACIO



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año de la Universalización de la Salud"

04						
05						
<u>Descripción del trabajo realizado:</u>						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

b) Experiencia laboral específica mínima de años (comenzar por la más reciente). Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº Folio
01						
02						
<u>Descripción del trabajo realizado:</u>						
1.						
2.						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:



FECHA:

Huella Digital

V. OTROS

Adjuntar la documentación solicitada en el perfil del puesto plaza.



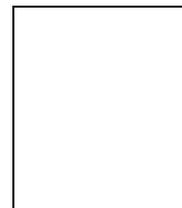
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

FORMATO N° 03

DECLARACIÓN JURADA DE TENER BUEN ESTADO DE SALUD MENTAL

Por la presente, yo....., identificado(a) con DNI N°
....., declaro bajo juramento gozar de buena salud mental

San Ignacio, de..... de 2020



Huella Digital

Firma:

DNI:

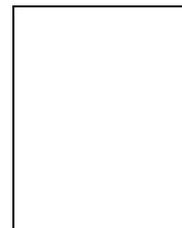


FORMATO N° 04

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD

Por la presente, yo....., identificado(a) con DNI N°
....., declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar
servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y
DESPIDO - RNSDD (*)

San Ignacio, de..... de 2020



Huella Digital

Firma:

DNI:

(*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la
“**Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD**”. En ella se establece la obligación de realizar
consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública
conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación
laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con
inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser
seleccionado bajo ninguna modalidad.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

FORMATO N° 05

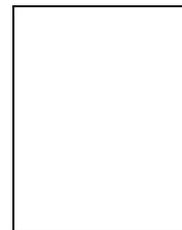
DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Por la presente, yo, identificado(a) con DNI N°, declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

San Ignacio, de..... de 2020

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

FORMATO N° 06

**DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR Y DE NO
PERCIBIR OTROS INGRESOS DEL ESTADO**

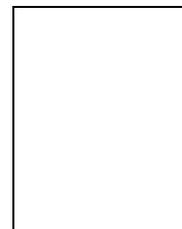
Quien suscribe,, identificado con DNI N°
....., domiciliado en..... en el Distrito
de....., Provincia de....., Departamento.....,
declaro bajo juramento que:

- No tener impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el estado..
- No percibir otros ingresos del estado.

San Ignacio, de..... de 2020

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

FORMATO N° 07

DECLARACIÓN JURADA (D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)

Conste por el presente, yo..... identificada con D.N.I. N°
..... con domicilio en.....del Distrito
de, Provincia de, Departamento

DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE | HERMANO | HIJO | TIO ISOBRINO | PRIMO | NIETO | SUEGRO | CUÑADO), DE NOMBRE (S)

.....
.....
.....

Quien (es) laboran en la UGEL-SI, con el (los) cargo (s) y en el Area(s):

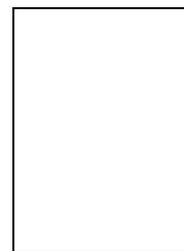
.....
.....
.....

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE | HERMANO | HIJO | TIO ISOBRINO | PRIMO | NIETO | SUEGRO | CUÑADO), que laboren en la UGEL-SI.

San Ignacio, de..... de 2020

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
"Año de la Universalización de la Salud"

FORMATO N° 08

DECLARACIÓN JURADA

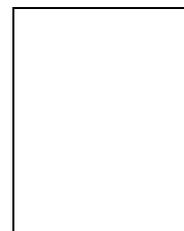
(Antecedentes policiales, penales, judiciales y salud)

Yo,, identificado con DNI N°,
domiciliado en..... en el Distrito de.....,
Provincia de....., Departamento....., declaro bajo
juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud

Ratificándome en el contenido de la presente declaración, la suscribo para los fines del caso, de conformidad a lo prescrito en la Ley N° 25035 “Ley de Simplificación Administrativa” y disposiciones legales vigentes.

San Ignacio, de..... de 2020



Huella Digital

Firma:.....

DNI:.....
