



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Señor:**

**HECTOR SOTO GARCIA**

Alcalde de la Municipalidad Provincial de Ucayali

**Presente.-**

Yo.....

identificado ( a ) con DNI N° ....., con domicilio real en .....  
solicito se me considere como participante en el Proceso de Selección de Concurso Público de Mérito Abierto en el Marco del Decreto Legislativo N°1057, que Regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios – CAS, convocado por la Municipalidad Provincial de Ucayali – Contamana, para lo cual declaro que cumpla íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en las Bases correspondientes y que acompaño a la presente la documentación requerida; dejando constancia que mi disponibilidad para incorporarme es inmediata.

Contamana, ..... de .....de 2020.

.....

**FIRMA**



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**ANEXO 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: DNI N°**

**RUC N°:**

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA:**

\_\_\_\_\_  
Avenida / Calle / Jirón N° Dpto. / Int.

**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 INICIO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (Mes / Año)	Nº de Horas	Nº FOLIO
1º							
2º							
3º							
4º							
5º							
6º							
7º							
8º							

(Puede insertar más filas si así lo requiere).



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**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.....** (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
<u>Descripción del trabajo realizado:</u>						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

**b) Experiencia laboral específica mínima de.....** (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
<u>Descripción del trabajo realizado:</u>						

(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:

FIRMA:



Huella Digital



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**ANEXO N° 03**

**DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA Y/O JUDICIALMENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.**

Yo ..... identificado (a) con DNI N°....., con domicilio real en .....DECLARO BAJO JURAMENTO DE NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA Y/O JURICIALMENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.

Firmo la presente Declaración Jurada, de conformidad con lo establecido en el Inciso 47.1.3) del Numeral 47.1) del Artículo 47 del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, N°27444, aprobado por Decreto Supremo N°006-2017-JUS.

Contamana, ..... de .....del 2020.

.....

**FIRMA**



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**ANEXO N° 04**

**DECLARACION JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENAES NI JUDICIALES.**

Yo ..... identificado (a)  
con DNI N°....., con domicilio real en  
.....DECLARO BAJO JURAMENTO, DE NO  
TENER ANTECEDENTES PENALES NI JUDICIALES.

Firmo la presente Declaración Jurada, de conformidad con lo establecido  
en el Inciso 47.1.3) del Numeral 47.1) del Artículo 47 del Texto único  
Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, N°27444,  
aprobado por Decreto Supremo N°006-2017-JUS.

Contamana, ..... de .....del 2020.

.....

**FIRMA**



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**ANEXO N° 05**

**DECLARACION JURADA DE NO TENER RELACION DE PARENTESCO ALGUNA CON NINGUNA AUTORIDAD MUNICIPAL.**

Yo ..... identificado (a) con DNI N°....., con domicilio real en .....DECLARO BAJO JURAMENTO, DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO ALGUNA CON NINGUNA AUTORIDAD MUNICIPAL, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con el Alcalde, Regidor (a), Funcionarios de Confianza o Directivos de la Municipalidad Provincial de Ucayali, que pueda influenciar en la toma de decisión administrativa de contratación de personal, de manera directa o indirecta, con la finalidad de dar cumplimiento a la Ley N°26771 y la Resolución de Contraloría N°123-2000-CG.

Firmo la presente Declaración Jurada, de conformidad con lo establecido en el Inciso 47.1.3) del Numeral 47.1) del Artículo 47 del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, N°27444, aprobado por Decreto Supremo N°006-2017-JUS.

Contamana, ..... de .....del 2020.

.....

**FIRMA**



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**ANEXO N° 06**

**DECLARACION JURADA DE, NO PERCIBIR OTROS INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO, SALVO FUNCIÓN DOCENTE O DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UN DIRECTORIO.**

Yo ..... identificado (a) con DNI N°....., con domicilio real en .....DECLARO BAJO JURAMENTO, **DE NO**

**PERCIBIR OTROS INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO, SALVO FUNCIÓN DOCENTE O DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UN DIRECTORIO.**

Firmo la presente Declaración Jurada, de conformidad con lo establecido en el Inciso 47.1.3) del Numeral 47.1) del Artículo 47 del Texto único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, N°27444, aprobado por Decreto Supremo N°006-2017-JUS.

Contamana, ..... de .....del 2020.

.....

**FIRMA**





“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**ANEXO N° 07**

**DECLARACION JURADA DE, GOZAR DE BUENA SALUD.**

Yo ..... identificado (a)  
con DNI N°....., con domicilio real en  
.....**DECLARO BAJO JURAMENTO, DE  
GOZAR DE BUENA SALUD.**

Firmo la presente Declaración Jurada, de conformidad con lo establecido  
en el Inciso 47.1.3) del Numeral 47.1) del Artículo 47 del Texto único  
Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, N°27444,  
aprobado por Decreto Supremo N°006-2017-JUS.

Contamana, ..... de .....del 2020.

.....

**FIRMA**



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año de la Universalización de la Salud”

**ANEXO N° 08**

**DECLARACION JURADA DE, ESTAR AFILIADO O NO, A SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES.**

Yo ..... identificado (a)  
con DNI N°....., con domicilio real en  
....., **DECLARO BAJO JURAMENTO DE  
ESTAR AFILIADO O NO, AL SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES.**

Firmo la presente Declaración Jurada, de conformidad con lo establecido  
en el Inciso 47.1.3) del Numeral 47.1) del Artículo 47 del Texto Único  
Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, N°27444,  
aprobado por Decreto Supremo N°006-2017-JUS.

Contamana, ..... de .....del 2020.

.....

**FIRMA**