**ANEXO Nº 01**

|  |
| --- |
| DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO |

Señor

**DIRECTOR DE LA UGEL MARISCAL NIETO**

Presente. -

De mi consideración:

Quien suscribe, …………………………………………………………… **(\*)**, con Documento Nacional de Identidad Nº **……………………… (\*)**, con RUC Nº **……………………………,** con domicilio en **………………………… (\*)**, se presenta para postular en la **CONVOCATORIA CAS N°00..…- UGEL/AGP PARA II.EE. JEC / COORDINADOR NUCLEO (\*)**, y declara bajo juramento que:

1. No tiene impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el Estado.
2. Conoce, acepta y se somete a las condiciones y procedimientos del proceso de selección para la contratación administrativa de servicios, regulados por el Decreto Legislativo 1057 y su Reglamento, aprobado mediante el Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM.
3. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta, a efectos del presente proceso de selección.
4. Conoce las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
5. No haber sido dado de baja por medidas disciplinarias de las Fuerzas Armadas y Policiales, conforme lo establecido en el último párrafo del artículo 26 de la Ley 29131, Ley del Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas y policiales.
6. No tener antecedentes judiciales, policiales, penales o en proceso de determinación de responsabilidades.

|  |
| --- |
|  |

 Huella Digital **(\*)**

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

 Firma del Postulante **(\*)**

Moquegua, … de ……………… del 2018

**ANEXO Nº 02**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**PROCESO CAS N° :**

**PUESTO AL CUAL POSTULA:**

|  |
| --- |
| 1. **DATOS PERSONALES.-**
 |
| **Documento de Identidad** | **D.N.I. N°:**  | **R.U.C. N°:**  |
| **Apellidos y Nombres**  |  |
| **Lugar y Fecha de Nacimiento** | **Lugar:**  | **Día:**  | **Mes:**  | **Año:**  |
| **Dirección** |  |
| **Distrito – Provincia – Región**  |  |  |  |
| **Estado Civil** | **Soltero/a ( )** | **Casado/a ( )** | **Viudo/a ( )** | **Divorciado/a ( )** | **Conviviente ( )** |
| **Tipo de Sangre** |  |
| **Teléfono fijo** | **Fijo: -** | **Celular:**  |
| **Correos Electrónicos** |  |  |
| **Registro Colegio Profesional** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI ( )** | **NO ( )** |

**En caso que la opción marcada sea SI, se deberá adjuntar el documento que lo sustente.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **SI ( )** | **NO ( )** |

**En caso que la opción marcada sea SI, se deberá adjuntar el documento sustentatoria emitido por el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS.**

|  |
| --- |
| 1. **FORMACIÓN ACADÉMICA.-**
 |
|  | **NOMBRE DE LA INSTITUCION** | **NIVEL ALCANZADO** | **PROFESIÓN O ESPECIALIDAD** | **MES/AÑO** | **Qué documento tiene que sustente lo señalado** | **(\*) N° de Folio** |
| **DESDE** | **HASTA** |
| **FORMACIÓN TECNICA** |  |  |  | / | / |  |  |
| **FORMACION UNIVERSITARIA** |  |  |  | / | / |  |  |
| **MAESTRÍA** |  |  |  | / | / |  |  |
| **DOCTORADO** |  |  |  | / | / |  |  |
| **OTROS ESTUDIOS (Otras profesiones, Especialidades y/o Maestrías)** |  |  |  | / | / |  |  |
| **OTROS ESTUDIOS (Otras profesiones, Especialidades y/o Maestrías)** |  |  |  | / | / |  |  |

**(\*) DEBERÁ SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE**

|  |
| --- |
| 1. **ESTUDIOS RELACIONADOS A ESPECIALIZACIONES, DIPLOMADOS, CURSOS.- (relacionados a los Términos de Referencia).-**
 |
| **NOMBRE DE LA ESPECIALIZACIÓN / DIPLOMADO / CURSO****CONDICIÓN** | **INSTITUCIÓN** | **Fecha que realizó el Estudio** | **CANTIDAD DE HORAS LECTIVAS** | **Qué documento tiene que sustente lo señalado** | **(\*) N° de Folio** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(\*) DEBERÁ SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE**

|  |
| --- |
| 1. **EXPERIENCIA DE TRABAJO.-**
 |

El postulante deberá detallar **SOLO LAS FUNCIONES/TAREAS CUMPLIDAS EN CADA UNA DE LAS AREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, DE ACUERDO AL SERVICIO REQUERIDO**. En el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuáles y completar los datos respectivos.

**“La información a ser proporcionada en los cuadros deberá ser respaldada con las respectivas certificaciones”**

|  |
| --- |
| 1. **EXPERIENCIA GENERAL.- (indicar tiempo acumulado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**
 |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **Cargo desempeñado** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de inicio (mes / año)** | **Fecha de fin (mes / año)** | **Tiempo en el cargo** | **(\*) N° de Folio** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **EXPERIENCIA ESPECÍFICA.- de acuerdo al perfil requerido (indicar tiempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**
 |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **Cargo desempeñado** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de inicio (mes / año)** | **Fecha de fin (mes / año)** | **Tiempo en el cargo** | **(\*) N° de Folio** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(\*) DEBERÁ SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE**

|  |
| --- |
| 1. **MÉRITOS.-**
 |
| **N°** | **N° RESOLUCIÓN** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD/INSTITUCIÓN** | **MOTIVO** | **FECHA** | **(\*) N° de Folio** |
| **01** |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  |  |  |
| **04** |  |  |  |  |  |
| **05** |  |  |  |  |  |
| **06** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **REFERENCIAS PROFESIONALES.-**
 |
| **N°** | **NOMBRE DEL REFERENTE** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD/INSTITUCIÓN** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **TEÉFONO DE LA ENTIDAD** | **TIEMPO EN EL CARGO** |
| **01** |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  |  |  |

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERAZ Y ASUMO LAS RESPONSABILIDADES Y CONSECUENCIAS LEGALES QUE ELLO PRODUZCA**

|  |
| --- |
|  |

 **Huella Digital (\***)

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

 **Firma del Postulante (\*)**

Moquegua, de ………………… del 2018

**ANEXO Nº 03**

**ACCIÓN DE PREVENCIÓN: IMPEDIMENTO DE NOMBRAR Y CONTRATAR EN CASO DE PARENTESCO LEY Nº 26771 Y D.S. Nº 021-2000-PCM**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado (a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en aplicación de la Ley Nº 26771, ley que establece Prohibición de Ejercer Facultad de nombramiento y Contratación de Personal en el sector público, en casos de Parentesco, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM.

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

Si ( ) Tengo parentesco, hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad (1) o por vínculo matrimonial o unión de hecho con el (los) Funcionarios(s), Asesor(es) o Personal de Confianza de la UGEL Mariscal Nieto que detallo a continuación: (indicar nombre, apellidos, grado de parentesco o afinidad y cargo o posición que ocupa)

 1.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO ( ) Tener relación de parentesco, hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad o por vínculo matrimonial o unión de hecho con Funcionario, Asesor o Personal de Confianza de la UGEL Mariscal Nieto.

Moquegua, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

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

 **EL TRABAJADOR**

**(1) Parentesco**

Por consanguinidad: 1º Padres - Hijos; 2º Abuelos - Nietos - Hermanos; 3º Bisabuelos, Bisnietos, Sobrinos, Tíos Carnales y Primos hermanos.

**Por Afinidad:** 1º Suegros - Yernos - Nueras; 2º Cuñados.

**Por Matrimonio:** Esposo - Esposa.

**Por Unión de Hecho:** Concubino - Concubina.

**ANEXO Nº 04**

**REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

**LEY N° 28970**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con D.N.I. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado (a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en aplicación de la Ley Nº 28970, **DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

No tengo deuda por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o de acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que hayan ameritado la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley Nº 28970.

Formulo la presente Declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y 42º de la Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobada por la Ley Nº 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Moquegua, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

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

 **EL TRABAJADOR**