**ANEXO N° 01**

**PROCESO CAS Nº 003-2023- ORH-MPCH/C**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE**

Señores

**MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE CHUMBIVILCAS**

Comisión encargada del proceso de contratación

**PRESENTE**

Yo,…………………..….…….……………………………………………………………………..…………… (Nombre y Apellidos) identificado(a) con DNI Nº………………………...…………….., mediante la presente le solicito evaluación de mi expediente presentado en las fechas establecidas en el cronograma y en un total de………………..folios, para el presente proceso de selección de personal, de acuerdo al puesto que postulo

PUESTO AL QUE POSTULO…………………………………………………………………………………………………………..

AREA A LA QUE PERTENECE EL PUESTO………………………………………………………………………………………...

Para lo cual 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 la documentación requerida y declaraciones juradas solicitadas, Sujetándome en ese sentido a los alcances de lo normado en los sub numerales 1.7 Y 1.16 del numeral 1 del artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, así como reglado en el Artículo 51° del cuerpo normativo precitado.

Santo Tomas,………..de……….…………del 20….....

…………………………………..…………

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO N° 02**

**PROCESO CAS Nº 003-2023- ORH-MPCH/C**

**FORMATO “FICHA RESUMEN DEL CURRICULUM VITAE”**

**(LLENAR CON LETRA MAYÚSCULA, IMPRENTA Y LEGIBLE O A COMPUTADORA)**

1. **DATOS PERSONALES.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRE(S)** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **SEXO**  | **ESTADO CIVIL** | **NÚMERO DE HIJOS** |
|  |  |  |  |

**(\*) Obligatorio para el postulante a una plaza en que esta exigencia se encuentre determinado como requisito adicional.**

|  |
| --- |
| **DIRECCIÓN DOMICILIARIA ACTUAL** |
|  |
| **DISTRITO** | **PROVINCIA** | **DEPARTAMENTO** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO IDENTIDAD** | **NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD** | **NUMERO BREVETE Y CATEGORÍA** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TELÉFONO FIJO**  | **TELÉFONO MÓVIL** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
|  |  |  |

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTUDIOS REALIZADOS** | **CONCLUIDOS (\*)** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **CERTIFICADO, GRADO ACADÉMICO, TÍTULO OBTENIDO U OTRA OBSERVACIÓN** |
| **SI** | **NO** |
| PRIMARIOS |  |  |  |  |
| SECUNDARIOS |  |  |  |  |
| TÉCNICOS |  |  |  |  |
| UNIVERSITARIOS |  |  |  |  |
| POST GRADO |  |  |  |  |
| OTROS |  |  |  |  |

1. **(\*) Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda.**
2. **Puede insertar filas si lo considera necesario.**

|  |
| --- |
| **COLEGIO PROFESIONAL** |
|  |
| **NÚMERO DE COLEGIATURA** | **AÑO DE COLEGIATURA** | **HABILITADO (\*\*)** |
| SI | NO |
|  |  |  |  |

1. **(\*\*) Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda.**
2. **EXPERIENCIA LABORAL.**
3. **Puede insertar más cuadros de ser necesario.**

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD** |
|  |
| **SECTOR (\*\*\*)** | **CARGO** | **TIEMPO DE SERVICIOS** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** |
| **PUBLICO** | **PRIVADO** |  |  |  |  |
|  |  |
| **FUNCIONES PRINCIPALES** |
| ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD** |
|  |
| **SECTOR (\*\*\*)** | **CARGO** | **TIEMPO DE SERVICIOS** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** |
| **PUBLICO** | **PRIVADO** |  |  |  |  |
|  |  |
| **FUNCIONES PRINCIPALES** |
| ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD** |
|  |
| **SECTOR (\*\*\*)** | **CARGO** | **TIEMPO DE SERVICIOS** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** |
| **PUBLICO** | **PRIVADO** |  |  |  |  |
|  |  |
| **FUNCIONES PRINCIPALES** |
| ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

1. **(\*\*\*) Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda.**
2. **CAPACITACIÓN Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN.**
3. **Curso, Congresos, Diplomados, Seminarios u otros de similar naturaleza.**
4. **De preferencia los realizados en los últimos tres (3) años, en orden cronológico, empezando del más reciente al más antiguo.**
5. **Puede insertar más filas de ser necesario.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **INSTITUCIÓN** | **INICIO (DD/MM/AA)** | **FIN****(DD/MM/AA)** | **HORAS LECTIVAS** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS.**
2. **De acuerdo con lo exigido para la plaza que postula.**
3. **Puede insertar más cuadros de ser necesario.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** |  |
| **CONOCIMIENTO INFORMÁTICO** |  |
| **NIVEL** |  |
| **OTROS (\*\*\*\*)**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** |  |
| **CONOCIMIENTO INFORMÁTICO** |  |
| **NIVEL** |  |
| **OTROS (\*\*\*\*)**  |  |

1. **(\*\*\*) Especifique.**
2. **OTROS DATOS DE RELEVANCIA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿POSEE REGISTRO DE CONADIS?** | **DOCUMENTO QUE LO ACREDITA** |
| SI [ ] NO [ ] |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿ES LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS?** | **DOCUMENTO QUE LO ACREDITA** |
| SI [ ] NO [ ] |  |

Declaro bajo juramento que los datos consignados son veraces y se sustentan en la documentación presentada en este proceso; sujetándome en ese sentido a los alcances de lo normado en los sub numerales 1.7 y 1.16 del numeral 1 del artículo IV del título preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 “Ley del procedimiento administrativo general”, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, así como reglado en el artículo 51° del cuerpo normativo precitado.

Santo Tomas,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_

………………………………………………..

Firma

DNI: ………………………………….

 Huella

**ANEXO N° 03**

**PROCESO CAS Nº 003-2023- ORH-MPCH/C**

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES**

Yo,……………………………………………..……………………………………………………………………….……con DNI Nº ……………………………… y domicilio fiscal en.................…………….……………………………

……………………………………………………………………………………...... declaro bajo juramento *no percibir más de una remuneración, retribución, pensión, emolumento o cualquier otro tipo de ingresos, salvo por función docente*; *no tener antecedentes penales*, *policiales ni judiciales*, *no tener sentencias condenatorias o haber sido sometido a procesos disciplinarios o sanciones administrativas que me impidan laborar en el Estado*; *no tener deudas por concepto de alimentos.*

Esta declaración se formula en aplicación del principio de veracidad establecido en el Artículo 51º del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Santo Tomas,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_

………………………………………………..

Firma

DNI: ………………………………….

**ANEXO N° 04**

**PROCESO CAS Nº 003-2023- ORH-MPCH/C**

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO - Ley Nº 26771**

**D.S.. Nº 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. Nº 034-2005-PCM**

Yo,………………..………………………………………………………………………….……………………..………………………… identificado con D.N.I. Nº ……………………………… al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 51º del Texto Único Ordenado de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley Nº 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad o por razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar a la Municipalidad Provincial de Chumbivilcas.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley Nº 26771 y su Reglamento aprobado por D.S.Nº 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento que en la Municipalidad Provincial de Chumbivilcas, laboran las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la relación o vinculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) o unión de hecho (UH), señalados a continuación. Relación Apellidos Nombres Área de Trabajo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Relación** | **Apellidos** | **Nombres** | **Área de Trabajo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Manifiesto, que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 438º del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Santo Tomas,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_\_

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

 Firma Huella

DNI: ……………………………………………..