

(Anexo 01)

DECLARACIÓN JURADA  
SOLICITUD DE POSTULANTE

SEÑOR PRESIDENTE DE EVALUACIÓN PARA LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL CAS REEMPLAZO N° 004-2022 -MPC-M, DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE CARABAYA.

Apellidos y Nombres.....DNI.....

Lugar y Fecha de Nacimiento.....Edad.....

Dirección domiciliaria actual.....

Presenta algún tipo de Discapacidad (acreditada):

SI ( ) NO ( )

Personal licenciado de las Fuerzas Armadas (Acreditado)

SI ( ) NO ( )

Teléfono..... Estado Civil..... Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria del Proceso de Selección de Personal CAS Reemplazo N° 004 -2022-MPC-M, para la contratación de los servicios de:....., en la Municipalidad Provincial de Carabaya.

Y teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la Comisión que usted preside, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

Para tal efecto DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Estar en ejercicio y en pleno goce de mis derechos civiles.

Cumplir con todos los requisitos mínimos exigidos para el puesto al cual estoy postulando.

No tener condena por delito doloso (sentencia firme).

No estar inhabilitado administrativamente o judicialmente para el ejercicio de profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública.

Cumplir con todos los requisitos señalados en el perfil de la presente convocatoria.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 49 del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Texto Único Ordenando de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Macusani, .....

.....  
Firma

Nombres y Apellidos:.....

D.N.I. N° : .....



(Anexo 02)

**DECLARACION JURADA DE FORMATO HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE**

(el llenado del presente anexo debe guardar estricta relación con los documentos sustentatorios)

**PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL CAS REEMPLAZO N° 004 - 2022/MPC-M**

<b>PUESTO AL QUE POSTULA</b>	
<b>ENTIDAD</b>	

**1. DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
EDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		
		DEPARTAMENTO / PROVINCIA	DISTRITO	(DÍA)	(MES)	(AÑO)
SEXO		DOCUMENTOS				
F	M	N° DNI	N° RUC			
DOMICILIO ACTUAL						
DIRECCIÓN		DPTO	PROVINCIA	DISTRITO	N°/ LT/MZ	
TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO						
FIJO		CELULAR		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		



**4. EXPERIENCIA LABORAL GENERAL:** De acuerdo a los requisitos señalados en el perfil del puesto.

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	ORGANO / U. ORGANICA Y/O OTROS NIVELES	PUESTO Y/O CARGO	FECHA DE INICIO (día/mes/año)	FECHA DE TÉRMINIO (día/mes/año)	TIEMPO DE EXPERIENCIA (días/meses/años) Según corresponda	FOLIOS (Doc. Sustentatorio) Del...al...
1							
2							
3							
4							
5							
(...)							
TOTAL EXPERIENCIA LABORAL							
					DIAS		
					MESES		
					AÑOS		

(\*) adicionar filas para en caso de tener mayor exp. laboral.

**Nota:** El tiempo de experiencia general y el total de experiencia general, deben computarse de acuerdo al documento probatorio (contratos, certificados, órdenes de servicio, constancias de servicio, boletas de pago) de manera exacta. Con la atinencia del numeral I literal a) segundo párrafo.

**5. EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA:** De acuerdo a los requisitos señalados en el perfil del puesto.

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	ORGANO / U. ORGANICA Y/O OTROS NIVELES	PUESTO Y/O CARGO	FECHA DE INICIO (día/mes/año)	FECHA DE TÉRMINIO (día/mes/año)	TIEMPO DE EXPERIENCIA (días/meses/años) Según corresponda	FOLIOS (Doc. Sustentatorio) Del...al...
1							
2							
3							
4							
5							
(...)							
TOTAL EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA							
					DIAS		
					MESES		
					AÑOS		

(\*) Adicionar filas para en caso de tener mayor exp. Laboral.

**Nota:** El tiempo de experiencia especifica, deben computarse de acuerdo al documento probatorio (contratos, certificados, órdenes de servicio, constancias de servicio, boletas de pago) de manera exacta.

**DATOS ADICIONALES:**

¿Declaro su voluntad de postular en ésta convocatoria de manera transparente y de acuerdo a las condiciones señaladas por la Institución?

( ) NO

( ) SI

¿Declaro tener hábiles sus derechos civiles y laborales?

( ) NO

( ) SI

En aplicación a lo establecido por el artículo 48º de la Ley N° 29973, Ley General de Personas con Discapacidad, responder si ¿Tiene algún tipo de discapacidad?: ( ) NO ( ) SI (\*)

(\*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad y registre el número de folio: .....

Tipo:

Folio:

¿Se encuentra usted comprendido dentro del registro de deudores alimentarios morosos, de acuerdo a la Ley N° 28970?

( ) NO

( ) SI

Indique si es Licenciado de las Fuerzas Armadas.

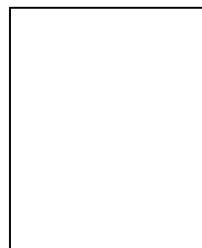
( ) NO

( ) SI (\*)

(\*) De ser positiva su respuesta, señale el número de folio: .....

\_\_\_\_\_

FIRMA



Huella digital

Fecha:

--	--	--

Nombres y Apellidos: .....

D.N.I. N° : .....

(Anexo 03)

DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE

El(La) que suscribe \_\_\_\_\_

Identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_, con RUC N° \_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_, postulante a la

Convocatoria N° \_\_\_\_\_ de la Municipalidad Provincial de Carabaya, **declaro bajo juramento que:**

) Sobre el **Impedimento de Contratar en caso de Parentesco** en la aplicación del Art. 1° de la Ley N° 26771 y modificatorias; y el Art 2° de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y modificatorias, al haber leído la relación de los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la Municipalidad Provincial de Carabaya que tiene la facultad para contratar o nombrar personal o tienen injerencia directa o indirecta en el proceso de selección en el proceso de selección que participo no guardo relación de parentesco con ninguno de ellos.

) Sobre **Incompatibilidad de Ingresos**, en la aplicación del Art 4° Numeral 4.3 del Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, que no percibo del Estado Peruano otros ingresos en forma simultanea; salvo por función docente o por ser miembro de un órgano colegiado. Con excepcionalidad de la Ley N° 31122 que habilita el doble empleo o cargo público remunerado del personal médico especializado o asistencial de salud, en caso de emergencia sanitaria.

) Respecto a los **Impedimentos para ser contratado por el estado**, declaro que no me encuentro incurso en ninguna de las causales que impiden mi contratación bajo el Régimen de Contratación Administrativa de Servicios, regulada en el Decreto Legislativo N° 1057, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008-PCM.

) Sobre el **Principio de Veracidad** soy responsable de la veracidad de todos los documentos e información que presento para efectos del presente proceso. De verificarse que la información es falsa, acepto expresamente que la Entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

) He leído la **Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento**, aprobados por la Ley N° 27815 y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, respectivamente, por lo que me comprometo a observar dichas normas, bajo responsabilidad.

) En aplicación del Art. 1° de la Ley N° 27588, **Ley que establece prohibiciones e incompatibilidad de funcionarios y servidores públicos**, que por el carácter o naturaleza de la función que desempeño o los servicios que brinde al Estado bajo cualquier modalidad contractual, tenga acceso a información privilegiada o relevante, o si mi opinión ha sido determinante en la toma de decisiones, guardare secreto o reserva respecto de los asuntos o información que por Ley expresa tenga dicho carácter.

) No tengo la condición de deudor alimentario moroso ni estar comprendido en **Registro Nacional de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM** que dispone la Ley N° 28970

) No me encuentro INHABILITADO según el **Registro Nacional y Sanciones de Destitución y Despido(RNSDD)**.

) No tener antecedentes policiales, penales y judiciales.

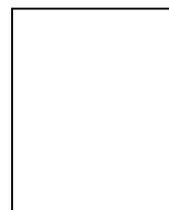
Declaro además que tengo pleno conocimiento de las normas que se mencionan en esta Declaración Jurada y me ratifico en la información proporcionada, y que la falta de veracidad de lo manifestado dará lugar a las sanciones y responsabilidades administrativas y Judiciales conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Macusani, ..... de ..... del 2022

.....  
Firma

Nombres y Apellidos:.....

D.N.I. N° : .....



Huella digital

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19**

Por el presente documento yo, \_\_\_\_\_ identificado con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_, al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos. **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que en los últimos 14 días calendarios he tenido alguno de los síntomas siguientes:

1. Sensación de alza termina o fiebre
2. Tos, estornudo o dificultad para respirar
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa.
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19.
5. Está tomando alguna medicación.  
Detallar cuales:

SI	NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen una declaración jurada de mi parte.

He sido informado que, de omitir o falsear información, puedo perjudicar la salud de mis compañeros y la mía propia, lo cual constituye una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Macusani: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DNI:



Huella Dactilar