MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CALANA
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Anexo N °01:

CARTA PRESENTACION DE POSTULANTE

Señor:
ALCALDE DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CALANA

PRESENTE. -

Yo,……identificado(a) con el DNI N°……. con domicilio legal en ……..mediante la presente
le solicito se me considere para participar en el Concurso Publico de CAS TRANSITORIO N°……., solicitada por la Unidad Orgánica de …….. convocado por la MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CALANA, a fin de acceder al puesto (cargo) cuya denominación es ……

Para lo cual adjunto los siguientes documentos debidamente foliados, en el siguiente orden:

- Anexo Nº01: Carta de Presentación del postulante.
- Copia simple de Documento Nacional de Identidad – DNI.
- Registro impreso de no tener Sanciones de Destitución o Despido, de acuerdo al D.S. Nº 089-2006-PCM, (RNSDD), en el link: www.sanciones.gob.pe/transparencia
- Copia de RUC en condición de Activo y Habido (Reporte de SUNAT).
- Anexo N°02: Formato hoja de vida del postulante.
- Curriculum vitae documentado
- Anexo N°03: Declaración Jurada del Postulante
- Anexo N°04: Declaración Jurada de Relación de Parentesco
- Anexo N°05: Declaración Jurada de Elección de Sistema de Pensiones

Calana,…… de …… del 20……..

Firma del Postulante (*)

Huella Digital (*)

Nota: Los campos con (*) deberán ser llenados **obligatoriamente,** la omisión de esta instrucción validara el presente documento.

ANEXO N° 02

FORMATO HOJA DE VIDA

I. DATOS PERSONALES. –

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

EDAD	ESTADO CIVIL		LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		
			DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	DIA	MES	AÑO
	CASADO							
	SOLTERO							

SEXO		DOCUMENTOS			
F	M	TIPO DOC	N° DOCUMENTO	N° RUC	CATEGORIA DE BREVETE
DNI					

DOMICILIO ACTUAL			
REFERENCIA	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO

REGIMEN PENSIONARIO			TELÉFONOS	
ONP		NOMBRE DE LA AFP	TELÉFONO FIJO	MOVISTAR/CLARO / OTROS
AFP				
D. Leg. N° 20530				
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO				

TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA		
TELÉFONO FIJO	CELULAR	NOMBRE DEL FAMILIAR

II. FORMACION ACADEMICA (Señale la especialidad y el nivel académico máximo que haya obtenido)

Grado	Nivel Alcanzado	Centro de Estudios	Profesión o Especialidad
Maestría	Titulado( )		
	Egresado ( )		
	Estudiante ( )		
Universitario	Titulado( )		
	Grado Académico ( )		
	Egresado ( )		
	Estudiante ( )		
Técnico	Titulado( )		
	Egresado ( )		
	Estudiante ( )		

Declaro que la información proporcional es veraz, en caso necesario, autorizo a la MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CALANA a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública - Título XIX del Código Penal, acorde ,T.U.O de la ley N°27444- Ley de Procedimiento Administrativo General aprobado por el decreto supremo N°004-2019-JUS

Calana, _____ de _____el 20__.

_____

Firma del postulante (*)

Huella Digital (*)

Nota: Los campos con (*) deberán ser llenados obligatoriamente, la omisión de esta instrucción invalidará el presente documento.

ANEXO N° 03

DECLARACION JURADA DEL POSTULANTE

Quien suscribe, …… (*)
Identificado (a) con D.N.I. N°……..(*) con domicilio real en ……..……
……..…
(*), me presento para postular al PROCESO DE CONTRATACION CAS N°…….. (*), en el puesto y/o cargo de ……
de la Gerencia ……..…….y declaro bajo juramento lo siguiente:

1. No percibir otros ingresos del Estado bajo ninguna modalidad (salvo Función Docente).
2. No tener impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el Estado.
3. No percibir pensión a cargo del Estado.
4. No haberme acogido a los beneficios de incentivos extraordinarios por renuncia voluntaria.
5. Que la documentación sustenta mis estudios y/o experiencia laboral presentada al Comité Evaluador, es copia fiel del origina, la misma que obra en mi poder.
6. Carecer de Antecedentes Judiciales.
7. No haber sido destituido de la carrera judicial o del Ministerio Publico o de la Administración Publica o de empresas estatales por medidas disciplinarias, ni de la actividad privada por causa o falta grave laboral.
8. Carecer de Antecedentes Penales.
9. Carecer de Antecedentes Policiales.
10. Que la dirección antes consignada, es la que corresponde a su domicilia habitual.
11. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento, a efectos del presente proceso de selección.
12. No me encuentro inscrito en el "Registro de Deudores Alimentarios Morosos" que se refiere la Ley N° 28970, y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°002-2007-JUS, el cual se encuentra a cargo y bajo la responsabilidad del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.
13. No tener vínculo laboral alguno con ninguna Entidad del Estado y Empresas del Estado con accionario privado o con potestades públicas; ni de encontrarse con licencia o en uso de vacaciones o bajo alguna causal de suspensión o interrupción de contrato; y, en consecuencia, no percibo ni percibiré del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso, por ser incompatibles la percepción simultanea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado.
14. Gozar de buena salud física y mental.
15. No tener inhabilitación profesional.

Formulo la presente Declaración Jurada en virtud del principio de Presunción de Veracidad previsto, T.U.O. de la ley Procedimiento Administrativo General aprobado por el decreto supremos N°004-2019-JUS.

_____

Firma del Postulante (*)

Huella Digital (*)

Calana, _____ de _____del 20___.

Nota: Los campos con (*) deberán ser llenados obligatoriamente, la omisión de esta instrucción invalidará el presente documento.

ANEXO N°04

DECLARACION JURADA DE RELACION DE PARENTESCO

D.S. N°021-2000-PCM, D.S. N° 017-2002-PCM Y D.S. N°034-2005-PCM

Yo……..(*)Identificado con el DNI……..(*) al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42° de la Ley del Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

No tener en la institución, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad,2° 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 en la Municipalidad Distrital de Calana.

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

EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que en la Municipalidad Distrital de Calana 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

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 los establecidos en el artículo 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad hasta por 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

Calana ,…….. de……. del 20…

_____
Firma del Postulante (*)

Huella Digital (*)

Nota: Los campos con (*) deberán ser llenados **obligatoriamente**, la omisión de esta instrucción invalidara el presente documento.

ANEXO N° 05

DECLARACIÓN JURADA DE ELECCION DE SISTEMA DE PENSIONES

Ley 28991 (Art. 16), DS.009-2008-TR, DS.063-2007-EF

Señores.
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CALANA

Presente. -

Yo……
…… Identificado con DNI N°…… Declaro que:

1. Deseo permanecer en el Sistema Nacional de Pensiones. ☐

2. Me encuentro actualmente afiliado a una AFP. ☐

   ( ) AFP INTEGRA
   ( ) AFP PROFUTURO
   ( ) AFP PRIMA
   ( ) AFP HABITAT

3. No estoy afiliado a ningún sistema de pensiones y voluntariamente deseo afiliarme al:

   ( ) Sistema Nacional de Pensiones (ONP)
   ( ) Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Calana, _____de_____ del 20____.

☐

_____
Firma del Postulante (*)

Huella Digital (*)

Nota: Los campos con (*) deberán ser llenados **obligatoriamente**, la omisión de esta instrucción invalidara el presente documento.

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CALANA
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA PREVENIR EL COVID-19 DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CALANA

He recibido explicación respecto al objetivo de la presente declaración y el destino de los datos proporcionados en la misma:

Nombre: ……
Documento Nacional de Identidad N°: ……Domicilio: …….. Número de teléfono y celular: ……..

1. **En los últimos 14 días calendarios he sido diagnosticado con COVID-19**
   Si ( ) No( )
2. **En los últimos 14 días calendarios he tenido contacto con alguna persona diagnosticada con COVID-19**
   Si ( ) No( )

Parentesco/ relación / vinculo (en caso responder (SI)
_____

3. **En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los signos o síntomas respiratorios: estornudos, tos seca, tos con expectoración blanquecina, amarilla o verdosa, secreción nasal, congestión nasal, dolor de garganta, fiebre o alza térmica, malestar general, alteración del Olfato o gusto, dificultad respiratoria.**
   Si ( ) No( )

Especificar cuáles (en caso responder (SI)_____

4. **Consumo de tabaco:**
   Si ( ) No( )
5. **Padezco una de las siguientes enfermedades y/o me encuentro en alguna condición considerada dentro del "Grupo de riesgo" asociada a COVID-19: Marca con una aspa (x)**
   - Mayor a 65 años Si ( ) No( )
   - Hipertensión arterial controlada Si ( ) No( )
   - Diabetes mellitus Si ( ) No( )
   - Asma moderada o grave Si ( ) No( )
   - Insuficiencia renal crónica en tratamientos con hemodiálisis Si ( ) No( )
   - Enfermedades cardiovasculares graves Si ( ) No( )
   - Enfermedad respiratoria crónica Si ( ) No( )
   - Cáncer Si ( ) No( )
   - Enfermedad o tratamiento inmunosupresor (cirrosis, hepática, lupus, cortico terapia, entre otras) Si ( ) No( )
   - Obesidad con IMC 40 más Si ( ) No( )

Declaro que si ( ) No ( ) estoy comprendido entre las personas que padecen alguna enfermedad del "Grupo de Riesgo", conforme al Documento Técnico de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento e personas afectadas por COVID-19 en el Perú aprobados por Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA y sus modificatorias. Así mismo dentro de mi vivienda residen personas que cuentan con las condiciones arriba mencionada, que los ubican dentro del grupo de riesgo.

Si ( ) No( )

Especifica en caso de responder SI ( )_____

Declaro bajo juramento que la información que brindo en esta Declaración Jurada se ajusta a la verdad, por lo que, de comprobarse la falsedad de lo declarado, seré pasible de responsabilidad administrativa y penal, según corresponda.

Calana, _____de _____del 202

_____
Firma de postulante (*)

Huella Digital (*)