GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

¡CONSTRUYENDO FUTURO!

ANEXO Nº 01

<u>SOLICITO</u>: ***Inscripción para el Concurso de Contratación Administrativa de Servicios***

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE EVALUACIÓN DEL CONCURSO CAS Nº 001-2015 DEL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

S.P.

Yo: _____, Identificado(a) con ***DNI Nº***_____, y ***domiciliado*** en _____ ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, enterado de los requisitos y condiciones que establece la Bases del Concurso **CAS Nº 001-2015** del Gobierno Regional de Lima, publicada en su página Web y en el local institucional, solicito a usted mi inscripción y por lo tanto considerarme como postulante para el ***Cargo/Puesto de***: _____**N° de Plaza**_____, de la ***Unidad Orgánica***: _____, motivo por el cual, adjunto los formularios solicitados.

<u>POR LO TANTO</u>:

Solicito a usted aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

Huacho, ____ de _____ del 2015.

Firma del Solicitante

DNI Nº _____

☎. _____

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
¡CONSTRUYENDO FUTURO!

FORMATO
FICHA DE POSTULACIÓN

ANEXO 2

FICHA DE POSTULACION

La información contenida en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual el Gobierno Regional de Lima, tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente; así como solicitar la acreditación de la misma. Si el postulante omite u oculta información y/o consigna información falsa será excluido del proceso de selección.

(NO SE ADJUNTA DOCUMENTOS).

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	N° BREVETE

DOMICILIO ACTUAL				
DIRECCIÓN	DPTO	PROVINCIA	DISTRITO	N°/ LT/MZ

TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO		
FIJO	CELULAR	DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO

2. FORMACION ACADÉMICA UNIVERSITARIA (Señale la especialidad y el nivel académico máximo que haya obtenido)

NIVEL ACADÉMICO ALCANZADO	AÑO DE EGRESADO	ESPECIALIDAD O PROG. ACADÉMICO	TÍTULO OBTENIDO	CENTRO DE ESTUDIOS
UNIVERSITARIA				

NIVEL ALCANZADO	CICLO	ESPECIALIDAD O PROG. ACADÉMICO	ULTIMO AÑO DE ESTUDIOS	CENTRO DE ESTUDIOS
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS				

MÉRITO OBTENIDO

NIVEL ACADÉMICO ALCANZADO	TERCIO SUPERIOR	QUINTO SUPERIOR	OTROS (detalle)
UNIVERSITARIA			

INFORMACIÓN RESPECTO A COLEGIATURA

COLEGIO PROFESIONAL	NRO. COLEGIATURA	CONDICIÓN A LA FECHA (1)

(1) Habilitado o No Habilitado

ESTUDIOS DE POST GRADO (Maestría, Doctorado, Certificaciones, Diplomados, Especializaciones u otros)

DESCRIPCIÓN	INSTITUCIÓN CERTIFICADORA	FECHA CERTIFICACIÓN (MES) / (AÑO)

3. FORMACION TECNICA De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria. (Señale la especialidad y el nivel máximo que haya obtenido)

NIVEL ALCANZADO	AÑO DE EGRESADO	ESPECIALIDAD	TÍTULO OBTENIDO	CENTRO DE ESTUDIOS

NIVEL ALCANZADO	CICLO/AÑO	ESPECIALIDAD	ULTIMO AÑO DE ESTUDIOS	CENTRO DE ESTUDIOS
ESTUDIOS TECNICOS				

4. CAPACITACIÓN OBLIGATORIA REQUERIDA – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria.

INICIO (MES- AÑO)	FIN (MES-AÑO)	CURSO /EVENTO	ENTIDAD

5. **CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS:** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria

CONOCIMIENTO
1.
2.
3.

6. **CONOCIMIENTOS INFORMATICOS:** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria

CONOCIMIENTOS	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
1.			
2.			

7. **IDIOMAS:** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado)

IDIOMA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
1.			
2.			

8. **EXPERIENCIA LABORAL:** De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria.

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
Área:	
Cargo:	**Tiempo de servicios:**
Funciones:	**Inicio: (mes y año): / /**
	Fin: (mes y año): / /
Modalidad de contratación:	
Motivo de Retiro:	**Remuneración o Retribución: S/.**
Nombre y cargo del Jefe:	**Teléfono Oficina:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
Área:	
Cargo:	**Tiempo de servicios:**
Funciones:	**Inicio: (mes y año): / /**
	Fin: (mes y año): / /
Modalidad de contratación:	
Motivo de Retiro:	**Remuneración o Retribución: S/.**
Nombre y cargo del Jefe:	**Teléfono Oficina:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
Área:	
Cargo:	**Tiempo de servicios:**
Funciones:	**Inicio: (mes y año): / /**
	Fin: (mes y año): / /
Modalidad de contratación:	
Motivo de Retiro:	**Remuneración o Retribución: S/.**
Nombre y cargo del Jefe:	**Teléfono Oficina:**

De requerir mayor espacio deberá consignar la información en una hoja adicional.

DE SU EXPERIENCIA LABORAL, SEÑALE BREVEMENTE:

¿Qué fue lo que más le agradó?

_____
_____
_____
_____

¿Qué fue lo que menos le agradó?:

_____
_____
_____
_____

¿Indique qué proyectos implementó y cuál fue su rol o aporte al mismo?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

DATOS ADICIONALES:

¿Tiene familiares directos* dentro del Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad trabajando en el Gobierno Regional de Lima?

SI ( ) Señale nombre y parentesco _____

NO ( )

* Cónyuge o Conviviente/ Padre – Madre/ Hijos/ Hermanos/ Nietos/ Abuelos/ Tíos Hnos. de Padres/ Sobrinos Hijos de Hnos./ Primos Hermanos/ Padrastro – Madrastra/ Hijastros/ Suegros/ Yernos – Nueras/ Hermanastros/ Cuñados.

Tiene algún tipo de discapacidad: ( ) NO ( ) SI (*)

(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad y acreditarlo con el Carné de CONADIS.

¿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

Suscribo el presente Declaración Jurada, en señal de conformidad con los datos consignados.

_____

FIRMA

DNI N°

HUELLA DIGITAL

Fecha		

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

¡CONSTRUYENDO FUTURO!

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD

Por la presente, ***yo,*** …….. , ***identificado/a con DNI Nº*** ……. ***DECLARO BAJO JURAMENTO*** no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD (*)

Firma (*)

Huella digital

Huacho, _____ de _____ de 2015

Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **"Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD"**. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

¡CONSTRUYENDO FUTURO!

ANEXO 04

DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe……., identificado (a) con **DNI Nº** ……., con **RUC Nº** ……., y **domicilio real** en ……, **Estado Civil** ……., natural del **Distrito de** ……., **Provincia de** ……., **Departamento de**…… ***DECLARO BAJO JURAMENTO***, que:

1. No estar inhabilitado administrativa ni judicialmente para contratar con el Estado.
2. No estar incurso en ninguno de los impedimentos para ser postor o contratista con el Estado.
3. No percibo otros ingresos del Estado que me impidan percibir ingresos por Contrato Administrativo de Servicios.
4. No tener antecedentes, penales, judiciales ni policiales.

Con conocimiento que de resultar falsas las declaraciones arriba consignadas incurriré en el delito de Falsedad Ideológica, tipificado en el artículo 428º del Código Penal, con todas las consecuencias administrativas, civiles y penales que ello acarrea, firmo y estampo mi huella digital.

Huacho,……de…….. del 2015

……

Nombre y Firma del Participante

Huella Digital

DNI N°

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
¡CONSTRUYENDO FUTURO!

FORMATO
ANEXO 5

DECLARACIÓN JURADA DE LABORAR EN ENTIDAD PUBLICA

(Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General)

Yo,	
Con DNI N°	

De nacionalidad peruana, **DECLARO EN MÉRITO A LA VERDAD**, lo siguiente:

Que anteriormente preste servicios en la(s) siguiente(s) Entidad(es) Pública(s):

- ***Completar en el caso de haber mantenido Contrato Laboral, de lo contrario presentar en blanco.***
- ***<u>NO INCLUYE</u> Prácticas, Secigra, Locación de Servicios o Intermediación Laboral -Servis.***

Nombre de la Institución			Dirección
Período del Servicio	Del	Al	Cargo(s) Desempeñado(s)
Motivo del Cese (Encierre en un circulo su respuesta)	A. Renuncia B. Destitución C. Falta Grave D. Por Incapacidad E. Por Causal de Reorganización. F. Despido		G. Renuncia con Incentivos a) Económicos b) Impedimento de Ingreso o Reingreso a la Administración Publica. c) Cuantos años estuvo inhabilitado. H. Termino de Contrato I. Cese por Bajo Rendimiento Laboral (D. Ley 26093).

Nombre de la Institución			Dirección
Período del Servicio	Del	Al	Cargo(s) Desempeñado(s)
Motivo del Cese (Encierre en un circulo su respuesta)	A. Renuncia B. Destitución C. Falta Grave D. Por Incapacidad E. Por Causal de Reorganización. F. Despido		G. Renuncia con Incentivos a) Económicos b) Impedimento de Ingreso o Reingreso a la Adm. Publica. c) Cuantos años estuvo inhabilitado. H. Termino de Contrato I. Cese por Bajo Rendimiento Laboral (D. Ley 26093).

En caso no haya prestado servicio en la Administración Pública, manifiéstelo en este recuadro.

Dando fe de lo expuesto, firmo a continuación:

_____ _____ _____ _____

Ciudad día mes año

_____
Firma del Declarante
DNI N° _____

Nota.-

- De ingresar a nuestra institución y de confirmarse que la información consignada es falsa o incompleta, será cesado por comisión de Falta Grave, con arreglo a las normas vigentes, sin perjuicio de la responsabilidad penal y/o administrativa en que hubiere podido incurrir de conformidad a lo establecido en el Art. 32° de la Ley 27444.
- En caso haya prestado servicios en más de dos entidades, deberá consignar los datos solicitado en cada una de ellas.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
¡CONSTRUYENDO FUTURO!

FORMATO
ANEXO 6

DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD

Yo,
De nacionalidad peruana, identificado(a) con DNI No.
Domiciliado(a) en
Postulante a:

DECLARO EN MERITO A LA VERDAD, lo siguiente:
Señale usted con un aspa (X), si ha padecido o padece alguna de las enfermedades descritas a continuación y subraye con una línea la dolencia:

DECLARACIÓN DE SALUD Y CONDICION FÍSICA

	Descripción	SI	NO
1	Cáncer, tumores, desorden glandular, quistes, anemias, enfermedades de la sangre.		
2	Trastornos cardíacos o circulatorios, dolores en el pecho, presión alta, dificultad en la respiración o fiebre reumática.		
3	Aneurisma u otras enfermedades del cerebro o del sistema nervioso, desmayos, epilepsia, convulsiones o parálisis, enfermedades a los ojos, oídos, nariz o boca.		
4	Afección pulmonar, asma, enfermedades de la piel, bronquitis, tuberculosis, tiroides.		
5	Enfermedad de los huesos, articulaciones, músculos, espalda, artritis, reumatismo o gota.		
6	Trastornos de los riñones, del sistema urinario, próstata, sífilis, diabetes, azúcar o albúmina en la orina, del recto o colón		
7	Afecciones estomacales úlceras intestinales, hígado, vesícula, páncreas.		
8	Enfermedad mental o nerviosa, adicción a drogas o alcoholismo.		
9	Alguna enfermedad congénita u otra dolencia no indicada anteriormente.		
	En caso la respuesta a la pregunta anterior sea afirmativa, señale cual:		
10	En los últimos tres (3) años, usted ha requerido una intervención o tratamiento quirúrgico		
	En caso la respuesta a la pregunta anterior sea afirmativa, señale cual:		

____/____/_____
FECHA

FIRMA DEL POSTULANTE