



FORMATO 1: FORMATO DE FOLIO

FORMATO DE FOLIO

Yo,, identificado(a) con DNI N°, me dirijo a ustedes en relación a la oferta de trabajo publicada en el portal institucional de la Municipalidad de San Martín de Porres, para el Puesto de (indicar el puesto) de la Convocatoria CAS N° 00....-2023 -MDSMP/GRH (CÓDIGO N°

En ese sentido, adjunto los siguientes documentos:

DOCUMENTO	FOLIO(S) /
1. FORMATO 1: FORMATO DE FOLIO	001
2. FICHA DE DATOS	002 a 003
3. FOTO COPIA DE DNI	004
4. CARTA DE PRESENTACION	005
5. Hoja de Vida o Curriculum Vitae	000 a 000
6. Documentos de sustento de la Hoja de Vida o Curriculum Vitae	000 a 000
7. ANEXO N° 01: DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMIENTO DE CONTRATAR CON LA MUNICIPALIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES	000
8. ANEXO N° 02: DECLARACION JURADA DE NO TENER VINCULO DE PARENTESCO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSAGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD O VINCULO CONYUGAL CON FUNCIONARIOS O REGIDORES DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTIN DE PORRES	000
9. ANEXO N° 03: DECLARACION JURADA DE DIRECCION DOMICILIARIA, PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES	000
10. ANEXO N° 04: DECLARACION JURADA DE NO ADEUDO POR PENSIONES ALIMENTICIAS	000
11. ANEXO N° 05: DECLARACION JURADA DE DOBLE PERCEPCION POR PARTE DEL ESTADO PERUANO	000
12. ANEXO N° 06: DECLARACION JURADO DE GOZAR DE BUENA SALUD, FISICA Y MENTAL.	000
13. ANEXO N° 07: DECLARACION JURADA DE SER PERSONA CON CONDICION DE DISPACIDAD.	000

San Martín de Porres,.....de..... de 2023.

Firma
Nombre y Apellidos del Postulante



FICHA DE DATOS PERSONALES

FECHA	
-------	--

AREA QUE POSTULA	
------------------	--

CARGO QUE POSTULA	
-------------------	--



PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR :

REGIMEN LABORAL	D. LEG 1057
-----------------	----------------

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	SEXO
			F M
Nacionalidad:	Fecha Nacimiento día mes año	DNI /Carnet de Extranjeria	Lugar de Nacimiento:
			Edad:

Direc.: Av./ Jr./ Calle/ Block/ Carretera/ Malecon/Plaza/Parque	N°/ Km/ Mz/ Int/ Dpto/ Lote/ Sector/ Etapa	Distrito	Provincia	Departamento

CORREO ELECTRONICO : _____

Se autoriza que cualquier notificación sea enviada a la dirección y correo electrónico señalados en la presente ficha de datos.

Estado Civil:

Soltero	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>
Soltero con hijos	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>
Conviviente	<input type="checkbox"/>		

RUC

Automóvil	<input type="checkbox"/>
Motocicleta	<input type="checkbox"/>

N° Autogenerado EsSALUD

Placa: _____

Pensiones: Indique el sistema de pensiones al que se encuentra afiliado:

AFP <input type="checkbox"/>	ONP <input type="checkbox"/>
PENSIONISTA <input type="checkbox"/>	

Nombre de la AFP _____

CUPSS : _____

Si desea afiliarse por primera vez a una AFP, indique:

Indique con quienes vive :

Padres	<input type="checkbox"/>
Conyuge	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>
Abuelos / tios	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>

Tipo de Vivienda :

Propia	<input type="checkbox"/>
Alquilada	<input type="checkbox"/>
Familiares	<input type="checkbox"/>
Pension	<input type="checkbox"/>
Temporal	<input type="checkbox"/>

Teléfonos:

Celular personal : _____

Teléfono emergencia 1 _____ Persona a contactar en caso de emergencia: _____

Teléfono emergencia 2 _____ Persona a contactar en caso de emergencia: _____

DATOS FAMILIARES

Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación:	Trabajo - Estudios	Fecha Nac.	DNI / P. Nac
Esposo(a)							
Conviviente							
Hijos							
Hijos							
Hijos							

Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación:	Trabajo - Estudios
Padre					
Madre					
Hermanos					
Hermanos					

¿ Su esposa o conviviente e hijos menores de edad estan asegurados en EsSALUD?
(responder si o no)

INFORMACION ACADEMICA

Estudios: Marcar con una "X" la casilla correcta y completar

		Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Carrera Profesional	Grado / Nivel alcanzado
Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Primaria Completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnica Incompleta	<input type="checkbox"/>	Técnica Completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Universitaria Completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACION ACADEMICA - ESPECIALIDAD

Estudios: Indicar estudios de Post-grado.

Estudios de Post-grado	Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Nivel alcanzado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EXPERIENCIA LABORAL

ANTECEDENTES LABORALES	EMPRESA 1	EMPRESA 2	EMPRESA 3
Institución/empresa			
Cargo			
Tiempo laborado			
Ultima remuneración (monto en soles)			
Modalidad (permanente, fijo, otros)			
Motivo de retiro (renuncia, cese, no renovación, otros)			
Fecha de Inicio de Contrato			
Fecha de Fin de Contrato			
Jefe Inmediato			
Dirección			
Teléfono			

DATOS DE SALUD

Alergias:	SI	NO	Enfermedades:	SI	NO	Medicamentos:
BETALACTAMICOS (Penicilina - Cefalosporinicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique que medicamentos toma actualmente:
ANALGESICOS - ANITI-INFLAMATORIOS (Kerololaco-Diclofenaco-Ibuprofeno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OTRAS ALERGIAS:			ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
			EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
			OTRAS:			_____

Grupo Sanguíneo:	_____					

Registre información adicional que considere importante en relación a su salud: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Las siguientes preguntas están orientadas a conocer si ud. tiene o ha tenido algún problema con la Justicia.

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usted registra Antecedentes Policiales? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 2. ¿Ud. registra Antecedentes Penales? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usted registra Antecedentes Judiciales? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 4. ¿Ud. Tiene abierto algún proceso en el Ministerio Público? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

DECLARACION JURADA :

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones, antes expresada que nada he ocultado, omitido o disimulado, siendo el único responsable de la información remitida; y autorizo a que sean investigados para los fines que la Municipalidad de San Martín de Porres convenga. Asimismo, declaro que actualmente no cuento con contrato vigente con ninguna Institución del Estado, bajo ninguna modalidad contractual. (Salvo labor docente). De otro lado, autorizo para que se me notifique cualquier documento o decisión que emita la MDSMP al correo electrónico consignado (Art. 20, 20.4 Ley N° 27444). Finalmente me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio en los datos que he declarado en el presente documento; asumiendo la responsabilidad que su omisión genere.

Apellidos y Nombres _____

Firma _____



Huella digital

San Martín de Porres, _____ de _____ del _____

CARTA DE PRESENTACIÓN

San Martin de Porres _____ de _____ del 2023

Señores

PRESIDENTE DEL COMITÉ EVALUADOR

PROCESO DE CONVOCATORIA CAS

Presente.-

Asunto: **Proceso de convocatoria CAS N° _____ CODIGO (_____)** (Obligatorio)
(puedes verlo en la pestaña de la web institucional en "N° DE CONVOCATORIA)

De mi consideración

Yo, _____ identificado con DNI
N° _____ domiciliado en
_____ me presento como postulante al
proceso de contratación administrativa de servicios de la **Gerencia o Sub Gerencia** de
_____ con **N° CONVOCATORIA CAS**
_____ CODIGO (_____) en el cargo de _____ regulada
por el Decreto Legislativo N°1057 y su reglamento aprobado con el D.S N°075-2008-PCM.

Atentamente,

DNI: _____

ANEXO 01

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTOS DE CONTRATAR CON LA
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTIN DE PORRES**

Por la presente el/la suscrito/a con
D.N.I N°, domiciliado/a en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, no me encuentro impedido/a para contratar y desarrollar mis funciones dentro de los alcances de las normas legales vigentes, al no estar comprendido en las incompatibilidades siguientes:

1. No tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio, que laboren en la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres, sean estos funcionarios de dirección y/o personal de confianza, que puedan ejercer facultad de nombramiento y contratación de personal.
2. No percibir ninguna otra remuneración, ni pensión alguna por parte del estado, aparte del que recibo como contratado del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057, su Reglamento aprobado por Decreto Legislativo N° 1057, su reglamento y normas complementarias.
3. No estar comprendido/a dentro de los alcances de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-200-PCM (NEPOTISMO).
4. No haber sido sancionado/a con destitución.
5. No estar incurso en las prohibiciones contenidas en el Art. 8° de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
6. No haber sido despedido/a por razones de conducta o incumplimiento de obligaciones laborales, ni ser parte en procesos judiciales y/o penales seguidos con la Municipalidad de San Martín de Porres.
7. No haber renunciado al Estado con programa de incentivos, ni contar con alguna otra incompatibilidad establecida por ley para contratar con el Estado.

Que, en caso contrario me hago acreedor a las sanciones que imponen los dispositivos legales correspondientes, en de lo cual, firmo la presente en original y/o copia simple.

San Martín de Porres de 2023

Firma y Huella Digital

D.N.I N°

ANEXO 02

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER VINCULO DE PARENTESCO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSAGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD O VINCULO CONYUGAL CON FUNCIONARIOS O REGIDORES DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTIN DE PORRES

Yo..... Con D.N.I N°.....
R.U.C N°..... Domiciliado (a)
en.....,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) No tener vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o vínculo conyugal con funcionarios de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

Que, en caso de omitir la identificación de parientes en la corporación edil, me hago acreedor/a de las sanciones administrativas, civiles y penales que imponen los dispositivos legales correspondientes, en de lo cual, firmo la presente en original y/o copia simple.

San Martín de Porres..... de.....2023

Firma y Huella Digital.....

D.N.I N°.....

Grados:

- **Consanguinidad:**
 - 1° Grado: Padres e hijos.
 - 2° Grado: Abuelos, nietos, hermanos entre sí.
 - 3° Grado: Tíos o sobrinos.
 - 4° Grado: Primos-hermanos entre sí.
- **Afinidad:**
 - 1° Grado: Esposo (a), Suegro (a), Cuñado (a).

ANEXO 03

DECLARACIÓN JURADA DE DIRECCIÓN DOMICILIARIA, PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES

Yo..... identificado con
D.N.I N°..... declaro bajo juramento que mi domicilio actual se única en
..... distrito de..... provincia
de..... Departamento de.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO REGISTRO ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES.

Por lo antes indicado, dejo constancia que los datos consignados en el presente documento son ciertos y tengo pleno conocimiento de las sanciones establecidas a las que me haré acreedor/a en caso de haber anotado información falsa.

En tal sentido y para mayor constancia, firmo la presente.

San Martín de Porres..... de.....2023

Firma.....

Nombre.....

D.N.I N°.....

ANEXO 04

DECLARACIÓN JURADA DE NO ADEUDO POR PENSIONES ALIMENTICIAS

(Artículo 8° de la Ley N° 28970 y Artículo 11° del Decreto Supremo N° 002-2007-JUS)

APELLIDOS:.....
.....

NOMBRES:.....
.....

DNI
N°:.....

DIRECCIÓN
DOMICILIARIA:.....

DISTRITO:..... PROVINCIA:.....
DEPARTAMENTO:.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, no me encuentro considerado judicialmente como Deudor/a Alimentario Moroso; en consecuencia, no estoy inscrito en el Registro de Deudores/as Alimentarios Morosos, REDAM, del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad contemplado en el Numeral 1.7 del artículo IV y artículo 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad, como asimismo, aceptaré la procedencia de la nulidad del contrato.

San Martín de Porres..... de.....2023

Firma.....

Nombre.....

D.N.I N°.....

ANEXO 05

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN POR PARTE DEL ESTADO PERUANO

Yo,identificado con
DNI N° domiciliado en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que no me encuentro impedido para contratar y desarrollar mis funciones en esta
Municipalidad Distrital dentro de los alcances de las normas legales vigentes al NO PERCIBIR
DOBLE REMUNERACIÓN, ni pensión alguna por parte del estado, aparte del que recibiré como
contratado del Régimen Especial del Decreto Legislativo N°1057.

En caso de PERCIBIR DOBLE REMUNERACIÓN o simultánea pensión, dieta u otro, detallar lo
siguiente:

Monto de pensión mensual: _____

Monto de remuneración mensual bajo régimen CAS: _____

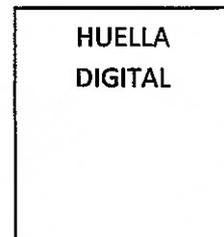
Monto de dieta: _____

Monto _____ de _____ emolumento:

San Martín de Porresdedel 2023

Firma:

DNI N°:



ANEXO 06

DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo; identificado con DNI N° y domiciliado en en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, DECLARO bajo juramento que:

GOZO DE BUENA SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL Y NO PADEZCO NINGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA – CONTAGIOSA

NO GOZO DE BUENA SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL Y PADEZCO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS – CONTAGIOSAS

De ser negativo, especifique y detalle que es lo que padece:
.....
.....
.....

De este modo, dejo constancia con mi firma y huella digital para efectos de postular al Proceso de Convocatoria CAS-2023 de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

San Martín de Porres, de del 2023

.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL

ANEXO 07

DECLARACIÓN JURADA DE SER PERSONA CON CONDICION DE DISCAPACIDAD

Yo; identificado con DNI N° y domiciliado en, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, DECLARO bajo juramento de:

NO TENGO CONDICIÓN DE SER PERSONA CON DISCAPACIDAD

TENGO CONDICIÓN DE SER PERSONA CON DISCAPACIDAD

De ser afirmativo, especifique y detalle que discapacidad tiene:

.....
.....
.....

De este modo, dejo constancia con mi firma y huella digital para efectos de postular al Proceso de Convocatoria CAS-2023 de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

San Martín de Porres, de del 2023

.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL