**ANEXO N° 05: FORMATO DE HOJA DE VIDA**

|  |
| --- |
| **FORMATO DE HOJA DE VIDA** |

|  |  |
| --- | --- |
| Proceso de convocatoria CAS N° |  |
| Puesto al que postula: |  |

|  |
| --- |
| **I. DATOS PERSONALES** |
| DNI N°: |  | Edad: |  | R.U.C.: |  |
| Apellidos y Nombres: |  |  |  |
| Paterno | Materno | Nombres |
| Lugar y Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA): |  |
| Estado Civil: |  |
| N° de Brevete: |  |
| Domicilio: | Dirección: |  |
| Ciudad: |  |
| Distrito: |  |
| Provincia: |  |
| Departamento: |  |
| Teléfono Fijo: |  | Celular: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Colegio Profesional (si aplica): |  | Registro N°: |  | Lugar de Registro: |  |
| Medio por el cual se enteró del proceso CAS: |  |

|  |
| --- |
| **II. PERSONA CON DISCAPACIDAD** |
| ¿El postulante es discapacitado?(marcar con una “X”) | SI |  | N° de Registro: |  |
| NO |  |  |  |  |
| \*Si la respuesta es afirmativa, indicar el número de inscripción en el registro nacional con discapacidad y adjuntar copia simple del carné de discapacidad y/o resolución expedida por el Consejo Nacional con Discapacidad – CONADIS. |

|  |
| --- |
| **III. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** |
| ¿El postulante es licenciado de las fuerzas armadas?(marcar con una “X”) | SI |  |  |
| NO |  |  |  |  |
| \*Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado. |

|  |
| --- |
| **IV. FORMACIÓN ACADÉMICA** |
| **ESTUDIOS UNIVERSITARIOS** | **ESPECIALIDAD** | **UNIVERSIDAD** | **Ciudad/****País** | **Mes/Año (MM/AA)** | **Fecha del Diploma (MM/AA)** | **N° de Folio** |
| **Desde** | **Hasta** |
| **Postgrado** | **Doctorado** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Maestría** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diplomado de Postgrado** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Título de Segunda Especialidad Profesional** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Título Profesional** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Graduado** | **Especialización** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bachillerato** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pregrado** | **Egresado** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ESTUDIOS TÉCNICOS** | **ESPECIALIDAD** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **Ciudad/****País** | **Mes/Año (MM/AA)** | **Fecha del Diploma (MM/AA)** | **N° de Folio** |
| **Desde** | **Hasta** |
| **Título Técnico** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ESTUDIOS ESCOLARES** | **COLEGIO/ESCUELA** | **Ciudad/País** | **Mes/Año (MM/AA)** | **N° de Folio** |
| **Desde** | **Hasta** |
| **Secundaria Completa** |  |  |  |  |  |
| \*Dejar en blanco aquello que no aplique, solo llenar la información relacionada con el perfil del puesto que se postula.\*Si no tiene el diploma o título y está en trámite; especificar que está en “trámite”; o en caso de estudios: “cursando” o “terminado”.\*Llenar de acuerdo a los documentos que presentará, en caso de ganador. |

|  |
| --- |
| **V. CERTIFICACIONES** |
| **N°** | **NOMBRE DE CERTIFICACIÓN** | **ID/N° DE CERTIFICACIÓN** | **INSTITUCIÓN CERTIFICADORA** | **Ciudad/****País** | **Fecha de Emisión (MM/AA)** | **Fecha de Caducidad (MM/AA)** | **N° de Folio** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Dejar en blanco aquello que no apliquen, solo llenar información que está relacionada con el perfil del puesto que postula.\*Llenar de acuerdo a los documentos que presentará, en caso de ganador. |

|  |
| --- |
| **VI. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS** |
| **TIPO** | **NOMBRE** | **INSTITUCIÓN** | **Ciudad/****País** | **Mes/Año (MM/AA)** | **Fecha del Certificado (MM/AA)** | **N° de Folio** |
| **Desde** | **Hasta** |
| **Curso de Pregrado o Postgrado** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso de Pregrado o Postgrado** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso de Pregrado o Postgrado** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diplomado, Programa o Curso de Especialización (No postgrado)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diplomado, Programa o Curso de Especialización (No postgrado)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diplomado, Programa o Curso de Especialización (No postgrado)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso o Taller de Capacitación** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso o Taller de Capacitación** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso o Taller de Capacitación** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso o Taller de Capacitación** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Curso o Taller de Capacitación** |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Curso de Pregrado o Postgrado son cursos de una Carrera Profesional, Maestría y Doctorado (Tiene o convalidable por créditos). \*Dejar en blanco aquello que no apliquen, solo llenar información que está relacionada con el perfil del puesto que postula.\*Si no tiene el certificado y está en trámite; especificar que está en “trámite”; o en caso de estudios: “cursando” o “terminado”.\*Llenar de acuerdo a los documentos que presentará, en caso de ganador. |

|  |
| --- |
| **VII. IDIOMAS/LENGUAS** |
| **N°** | **IDIOMA/LENGUA** | **NIVEL (BÁSICO/INTERMEDIO/****AVANZADO) O EXÁMEN RENDIDO** | **INSTITUCIÓN** | **Ciudad/****País** | **Mes/Año (MM/AA)** | **Fecha del Certificado (MM/AA)** | **N° de Folio** |
| **Desde** | **Hasta** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Dejar en blanco aquello que no apliquen, solo llenar información que está relacionada con el perfil del puesto que postula.\*Si no tiene el certificado y está en trámite; especificar que está en “trámite”; o en caso de estudios: “cursando” o “terminado”.\*Llenar de acuerdo a los documentos que presentará, en caso de ganador. |
| **VIII. PUBLICACIONES E INVESTIGACIONES** |
| **N°** | **TÍTULO** | **ESPECIALIDAD** | **TIPO (Tesis, artículo, proyecto de investigación, monografía, etc.)** | **LUGAR DE PUBLICACIÓN****(Institución, revista, etc.)** | **Ciudad/****País** | **Fecha de Publicación (MM/AA)** | **N° de Folio** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Llenar de acuerdo a los documentos que presentará, en caso de ganador. |

|  |
| --- |
| **IX. EXPERIENCIA LABORAL** |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Sector (Público/****Privado/****ONG/Otro)** | **Ciudad/****País** | **Área/Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de Inicio****(DD/MM/AA)** | **Fecha de Término****(DD/MM/AA)** | **Años** | **Meses** | **N° de Folio** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |  |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Sector (Público/****Privado/****ONG/Otro)** | **Ciudad/****País** | **Área/Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de Inicio****(DD/MM/AA)** | **Fecha de Término****(DD/MM/AA)** | **Años** | **Meses** | **N° de Folio** |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |  |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Sector (Público/****Privado/****ONG/Otro)** | **Ciudad/****País** | **Área/Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de Inicio****(DD/MM/AA)** | **Fecha de Término****(DD/MM/AA)** | **Años** | **Meses** | **N° de Folio** |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |  |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Sector (Público/****Privado/****ONG/Otro)** | **Ciudad/****País** | **Área/Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de Inicio****(DD/MM/AA)** | **Fecha de Término****(DD/MM/AA)** | **Años** | **Meses** | **N° de Folio** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |  |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Sector (Público/****Privado/****ONG/Otro)** | **Ciudad/****País** | **Área/Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de Inicio****(DD/MM/AA)** | **Fecha de Término****(DD/MM/AA)** | **Años** | **Meses** | **N° de Folio** |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |  |
| **Total** |  |  |  |
| \*Llenar de acuerdo a los documentos que presentará, en caso de ganador. |  |

|  |
| --- |
| **X. REFERENCIAS PERSONALES** |
| **N°** | **ENTIDAD O EMPRESA** | **Ciudad/País** | **Cargo de la Referencia** | **Nombre de la Persona** | **Teléfono Actual** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| \*Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando. |

|  |
| --- |
| **Declaro bajo juramento que la información es verás y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca** |

Ciudad, país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

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

 Firma del Postulante Huella Digital

(DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**ANEXO N° 06: DECLARACIÓN JURADA**

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN JURADA** |

El (la) que suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado (a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:**

1. Gozar de buena salud física y mental.
2. No tener un contrato a tiempo completo o parcial o por resultados, vigentes a la fecha, cuya ejecución se superponga en el tiempo con el nuevo contrato.
3. De ser pensionista del estado, solicitaré la suspensión del pago de su pensión, mientras dure el periodo de contratación.
4. No tener vínculo laboral alguno con entidades del estado u empresas del estado con accionariado privado o con potestades públicas, o con cualquier otro régimen laboral. Para el caso de personal con vínculo laboral bajo el régimen del Decreto Legislativo N°276: Acreditar la suspensión del vínculo laboral bajo el régimen del Decreto Legislativo N°276.
5. No registrar antecedentes penales, policiales y Judiciales. No haber sido condenado por delitos sancionados con penas privativas de la libertad, o encontrarse sentenciado y/o inhabilitado.
6. No ser padre, madre, hijo, hija, hermano, ni hermana del titular de la entidad ni por el funcionario designado por este ni tener algún parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con el funcionario que goce de la facultad para efectuar la contratación de profesionales o que tenga injerencia directa o indirecta con el proceso de selección, de ser el caso, al momento de la contratación.
7. No tener impedimento alguno para recibir mis honorarios mediante depósito en cuenta bancaria.
8. No tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N°28970.
9. No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD.
10. No encontrarme en el Registro de Deudores Judiciales Morosos (en adelante, el Registro), declarada como tal mediante resolución judicial conforme a lo dispuesto en los artículos 594° y 692-A del Código Procesal Civil.
11. No estar incurso dentro de las prohibiciones e incompatibilidades establecidas en el Decreto Supremo N°019-2002-PCM.
12. No encontrarme bajo ninguna otra causal de prohibición o inhabilitación para contratar con el Estado.

Ciudad, país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

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

 Firma Huella Digital

 (DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

|  |
| --- |
| Nota.- En caso de comprobar fraude o falsedad en la declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad procederá conforme a lo señalado en el numeral 32.3 del artículo 32° de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. |

**ANEXO N° 07: CARTA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE**

|  |
| --- |
| **CARTA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE** |

**SEÑORES:**

**MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE UCHIZA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombres y apellidos) identificado(a) con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mediante el presente documento, solicito se me considere como postulante, para participar en el Proceso CAS Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, convocado por la Municipalidad Distrital de Uchiza a fin de acceder al puesto cuya denominación es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el Distrito de Uchiza – Provincia de Tocache – Región de San Martin”.

Por el cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y el perfil establecido en la publicación correspondiente al servicio convocado, y que adjunto a la presente el Anexo N°05 (Formato de Hoja de Vida), Anexo N°06 (Declaración Jurada), Hoja de Vida Documentada y copia del DNI.

Ciudad, país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

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

 Firma del Postulante Huella Digital

 (DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**ANEXO N° 08: ACTA DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA**

|  |
| --- |
| **ACTA DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA** |

**PROCESO CAS N° \_\_\_-20\_\_\_-** **MDU**

En la ciudad de Uchiza, siendo las \_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_, en las instalaciones, de la Municipalidad Distrital de Uchiza se reunieron los miembros del Comité de Evaluación encargado de llevar adelante el proceso de selección CAS N°\_\_\_\_\_-20\_\_\_-GRA, integrado por las siguientes personas:

Señor(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señor(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señor(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con el objeto de tratar la siguiente agenda:

1. Recepción de Hoja de Vida documentada.
2. Verificación de las Hojas de Vida presentadas por los postulantes.
3. Publicación del resultado de la evaluación de Hoja de Vida documentada y Cronograma de Entrevistas Personales.

A continuación se pasó a tratar el tema de agenda:

1. El Sub Gerente de Recursos Humanos, señaló que se ha recibido de trámite documentario de la Municipalidad Distrital de Uchiza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) expedientes conteniendo la Hoja de Vida documentada de los/las postulantes:
2. **(POSTULANTE 1)**
3. **(POSTULANTE 2)**
4. La calificación de la Hoja de Vida documentada se estableció de acuerdo al siguiente detalle:
5. **(POSTULANTE 1)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS DEL PERFIL** | **REQUISITOS** | **ACREDIT.** | **PUNTAJE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

RESULTADO APTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO APTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **(POSTULANTE 2)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS DEL PERFIL** | **REQUISITOS** | **ACREDIT.** | **PUNTAJE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

RESULTADO APTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO APTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luego de la deliberación correspondiente, el Comité de Evaluación acordó lo siguiente:

1. El resultado de la evaluación de la Hoja de Vida documentada es el siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **CALIFICACIÓN** |
| 1 | POSTULANTE 1 |  |
| 2 | POSTULANTE 2 |  |

1. Encargar a la Sub Gerencia de Recursos Humanos la publicación de los resultados de la evaluación curricular a través de la Unidad de estadística e Informática, debiendo hacerlo el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ incluyendo el cronograma del(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a realizarse el día \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acuerdo al siguiente detalle:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **FECHA (DD/MM/AA)** | **HORA (HH:MM)** |
| 1 | POSTULANTE 1 |  |  |
| 2 | POSTULANTE 2 |  |  |

Siendo las \_\_\_\_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_ se dio por concluida la sesión, suscribiendo la presente los/las miembros del Comité de Evaluación en señal de conformidad.

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

 PRESIDENTE DE LA COMISIÓN MIEMBRO DE LA COMISIÓN MIEMBRO DE LA COMISIÓN

**ANEXO N° 10: ACTA DE ENTREVISTA PERSONAL Y**

**RESULTADO FINAL – 2 FASES**

|  |
| --- |
| **ACTA DE ENTREVISTA PERSONAL Y RESULTADO FINAL - 2 FASES** |

**PROCESO CAS N°\_\_\_-20\_\_-** MDU

En la ciudad de Uchiza, siendo las \_\_\_horas del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_, en las instalaciones del de la Municipalidad Distrital de Uchiza se reunieron los miembros del Comité de Evaluación encargado de llevar adelante el proceso de selección CAS N°\_\_\_\_-20\_\_- MDU, integrado por las siguientes personas:

Señor(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señor(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señor(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con el objeto de realizar la entrevista personal a los/las postulantes que hubiesen llegado a esta fase del proceso de selección.

Luego de concluido la evaluación, los miembros del Comité dejan sentado el resultado del proceso en mención, conforme se detalla a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| Total de Postulantes: |  |
| Aptos para la Evaluación de la Hoja de Vida: |  |
| Aptos para la Entrevista Personal: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EVALUACIONES** | **PUNTAJE MÁXIMO REQUERIDO** | **DATOS** | **POSTULANTE 1** | **POSTULANTE 2** | **POSTULANTE 3** |
| **Apellidos** |  |  |  |
| **Nombres** |  |  |  |
| **A.** | **PUNTAJE DE LA EVALUACIÓN CURRICULAR** | **50** |  |  |  |  |
| **B.** | **PUNTAJE DE ENTREVISTA PERSONAL** | **50** |  |  |  |
|  | **TOTAL PUNTAJE:** | **100** |  |  |  |

Resultado como Ganador el señor/señora:

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aplicación** | **Fórmula del Puntaje Total** |
| **Postulante Normal** | Puntaje Total = Puntaje Total de la Evaluación Curricular + Puntaje de Entrevista Personal |
| **Licenciado de las Fuerzas Armadas** | Puntaje Total = Puntaje Total de la Evaluación Curricular + Puntaje de Entrevista Personal+ \*0.10 (Puntaje de Entrevista Personal) |
| **Discapacitado** | Puntaje Total = \*\*0.15 (Puntaje Total de la Evaluación Curricular + Puntaje de Entrevista Personal) |
| **Discapacitado + Licenciado de las Fuerzas Armadas** | Puntaje Total = \*\*0.15 [Puntaje Total de la Evaluación Curricular + Puntaje de Entrevista Personal+ \*0.10 (Puntaje de Entrevista Personal)] |

\* Licenciado de las Fuerzas Armadas adicionar 10% al puntaje obtenido en la Entrevista/No debe de pasar del Puntaje Máximo de la Entrevista.

\*\* Persona con discapacidad adicionar 15% al Puntaje Total/No debe pasar del Puntaje Máximo del Puntaje Total.

**ANEXO N° 13: DECLARACIÓN JURADA DE INCOMPATIBILIDADES**

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN JURADA DE INCOMPATIBILIDADES** |

El (la) que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado (a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, contratado(a)/nombrado(a) con Resolución/contrato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bajo el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara bajo juramento:

No tener grado de parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con personal que preste servicios en la Municipalidad Distrital de Uchiza, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicio o Contratos Administrativos de Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad-Honorem.

**EN CASO DE TENER PARIENTES EN LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE UCHIZA**

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presta servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS** | **NOMBRES** | **PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL** | **OFICINA Y/O DEPENDENCIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ciudad, país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

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

 Firma Huella Digital

 (DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**ANEXO N° 14: DECLARACIÓN JURADA REGÍMENES PREVISIONALES**

|  |
| --- |
| DECLARACIÓN JURADA REGÍMENES PREVISIONALES |

LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domiciliado (a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún régimen Público o Privado (DL. 20530 - DL.19990 o AFP).

……………………………………………………………………………………………………..

**LLENAR EN CASO DE SER PENSIONISTA:**

En caso de pertenecer a algún régimen pensionario, declaro bajo juramento ser pensionista (marcar con X según corresponda):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DL. 20530 | Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  | DL. 19990 | * Oficina de Normalización Provisional
 |
|  |  |  |
|  | Otros indicar: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Me comprometo a suspender mi pensión detallada en líneas arriba, con el fin de poder prestar servicios en la entidad baja la modalidad de Contrato Administrativo de Servicio (CAS).

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

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

 Firma Huella Digital

 (DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**ANEXO N° 15: DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE PENSIONES**

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE PENSIONES** |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Identificado (a) con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento:

* Mi consentimiento de afiliarme :
	+ Régimen Nacional de Pensiones ONP
	+ Régimen Privado de Pensiones - AFP

AFP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Que me encuentro afiliado al siguiente régimen :
	+ Régimen Nacional de Pensiones ONP Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Régimen Privado de Pensiones – AFP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Que soy pensionista actualmente en:
	+ Régimen Nacional de Pensiones ONP
	+ Régimen Privado de Pensiones - AFP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y proceder así, a los descuentos respectivos por ser un nuevo Contrato Administrativo de Servicios, según Decreto Legislativo N° 1057 (Artículo 6, índice 6.2) y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008-PCM (Artículo 10, índice 10.2); y en el caso de ser pensionista no es obligatorio la afiliación.

Ciudad, país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

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

 Firma Huella Digital

 (DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**ANEXO N° 16: DECLARACIÓN JURADA CÓDIGO DE ÉTICA**

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN JURADA CÓDIGO DE ÉTICA** |

 (Ley Nº 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 033-2005-PCM)

**DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y SU REGLAMENTO**

Por la presente; Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado (a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, contratado (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DECLARO QUE:**

1. Tengo conocimiento de la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública; así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública”.
2. Pondré en práctica del contenido y lo allí estipulado en la Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento.
3. Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública, y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública, donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado Reglamento, bajo responsabilidad.

Ciudad, país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

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

 Firma Huella Digital

 (DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**ANEXO N° 17: DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE RECOMENDACIONES Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE RECOMENDACIONES Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** |

De conformidad con lo señalado en los literales a) y c) del artículo 35 de la Ley Nº 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, se procede a:

Detallar las recomendaciones de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Municipalidad Distrital de Uchiza, cuya atención y cumplimiento resultan obligatorios para los trabajadores:

* Cumplir y respetar las señalizaciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, distribuidas en la Municipalidad Distrital de Uchiza Usar adecuadamente los instrumentos y los materiales de trabajo, así como los equipos de protección personal.
* Participar en las capacitaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
* Participar en los simulacros de evacuación, en las fechas programas por la Municipalidad Distrital de Uchiza.
* Informar de forma inmediata al responsable de la Seguridad y Salud en el Trabajo y/o a su Jefe Inmediato sobre cualquier accidente o incidente ocurrido.
* Colaborar eficazmente en las investigaciones de accidentes cuando se le solicite.
* Comunicar de forma inmediata cuando observe alguna condición o acto que crea ponga en riesgo a los miembros de su unidad o de la Municipalidad Distrital de Uchiza en general.
* No bloquear la visibilidad de señalización y equipos de respuesta a emergencias, tales como extinguidores, herramientas contra incendio, entre otras.
* No bloquear por ningún motivo pasadizos de tránsito de personal o salidas de emergencia.
* No manipular equipos o instrumentos que no sean parte de sus funciones o para los que no haya sido capacitado y autorizado.
* En caso de emergencia deberá actuar con calma y seguir las instrucciones del Brigadista de su Unidad, y evacuar las instalaciones sin correr o gritar, guiando a posibles visitas que se encuentren en el lugar.
* Participar en las elecciones de los representantes de los trabajadores en el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Municipalidad Distrital de Uchiza.

**DECLARO QUE:**

1. Tengo conocimiento del contenido de la presente declaración.
2. He leído y entendido las recomendaciones de seguridad y salud en el trabajo.
3. Asumo el compromiso de cumplir con mis responsabilidades en relación a mi seguridad personal y la de mis compañeros de trabajo, implementadas por la Entidad.

Ciudad, país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

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

 Firma Huella Digital

 (DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)