

**ANEXO 01**  
**CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE**  
**PROCESO DE CONVOCATORIA PARA EL CONCURSO PUBLICO N° 011-2023/MDC BAJO**  
**EL REGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO 728**

Señores  
**MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE COCACHACRA**  
Comisión encargada del proceso de contratación  
**PRESENTE**

Yo, ..... (Nombres y Apellidos) identificado(a) con DNI N° ....., mediante la presente le solicito se me considere para participar en el Proceso N° PROCESO DE CONVOCATORIA PARA EL CONCURSO PUBLICO N° 011-2023/MDC BAJO EL REGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO 728, convocado por la MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE COCACHACRA, a fin de acceder al Servicio cuya denominación es .....

Para lo cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondientes al servicio convocado y que adjunto a la presente la documentación requerida y declaraciones juradas solicitadas.

Cocachacra, ..... de ..... del 2023.

\_\_\_\_\_

**FIRMA**  
**DNI**

  
**HUELLA**

**ANEXO 02**  
**FICHA DE RESUMEN CURRICULAR**  
**PROCESO DE CONVOCATORIA PARA EL CONCURSO PUBLICO N° 011-2023/MDC**  
**BAJO EL REGIMEN DEL DECRETO LEGISLATIVO 728**

PUESTO AL QUE POSULA:

--



**1. DATOS PERSONALES:**

DNI N°	
APELLIDOS Y NOMBRES	
FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	
DIRECCIÓN	
DISTRITO	
ESTADO CIVIL	
TELEFONO / CELULAR	
TELEFONO FIJO	
CORREO ELECTRÓNICO	
MEDIO POR EL CUAL SE ENTERO DE CAS	

Los datos consignados en esta ficha deberán ser acreditados en la etapa de evaluación curricular. Cuando el postulante no adjunte documentos necesarios, será declarado como NO APTO.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

**OTROS (SI-NO)**

**INFORMACION DE CALEGIATURA**

COLEGIO PROFESIONAL	
N° COLEGIATURA	
Condición a la fecha (HABILITADO, NO HABILITADO)	

Pertenece al cuerpo de Gerente Públicos	
Es Ud. Una persona con Discapacidad	
Es Ud. Licenciado de las Fuerza Armadas	

**REGIMENES DE PENSIONES (MARQUE CON "X" Y LLENE LO UE CORRESPONDA)**

AFP	
NOMBRE AFP	
CODIGO DE AFILIACIÓN	

ONP		NINGUNO	
-----	--	---------	--



**2. FORMACION ACADÉMICA (Completar obligatoriamente)**

	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL AVANZADO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES/AÑO		AÑOS DE ESTUDIO
				DESDE	HASTA	
FORMACIÓN TÉCNICA						
FORMACIÓN UNIVERSITARIA						
OTROS ESTUDIOS 8Profesionales, Especialidades y/o Maestrías)						
Otros						

Tener en cuenta que lo señalado en la Formación Académica, deberá tener sustento documentario. Cuando el postulante no adjunte documentos sustentorios a lo declarado, será declarado como NO APTO.

**3. EXPERIENCIA LABORAL (completar obligatoriamente con aquellos puestos de trabajo afines a las funciones del servicio solicitado, iniciando por la experiencia más reciente)**

EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN	UNIDAD ORGÁNICA /AREA	CARGO	DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES PRINCIPALES RELACIONADAS AL PUESTO QUE POSTULA	FECHA INICIO	FECHA TERMINO	MOTIVO DE RETIRO

Declaro bajo juramento que la información que he proporcionado, es veraz y sumo las responsabilidades legales que ello produzca.

FIRMA  
DNI



HUELLA

ANEXO 03

DECLARACIÓN JURADA DE NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM

YO..... identificada con DNI N°....., con domicilio en ..... declaro bajo juramento no tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencia o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio 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 Morosos" a que hace referencia la Ley N°2970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°002-2007-JUS, el cual se encuentra a cargo y bajo la responsabilidad del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.



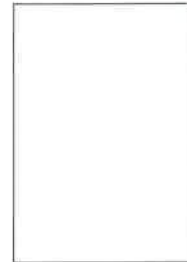
no ter

Cocachacra, ..... De ..... Del 2023



no ter

FIRMA  
DNI



HUELLA

**ANEXO 04**  
**DECLARACIÓN JURADA**

Yo....., identificado con D.N.I. N°..... y domiciliado en....., Distrito de..... Provincia de ..... y Departamento de ....., manifestando mi deseo de postular en la presente Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios, declaro bajo juramento lo siguiente:



1. Que no tengo antecedentes penales ni policiales, así como que no tengo conflicto de intereses con la Municipalidad Distrital de Cocachacra.
2. Que gozo de buena salud.
3. Que la información señalada y documentada en el Currículum Vitae adjunto es verdadera, comprometiéndome a presentar los documentos originales que acrediten la información, en caso que resulte seleccionado.
4. Que acepto y me someto a las normas y resultados del proceso.
5. Que me comprometo a cumplir con el horario, lugar de trabajo y las funciones señaladas, en las bases del puesto al cual postulo, en caso sea seleccionado.

Por lo expuesto asumo la responsabilidad por la veracidad de la información antes mencionada.



Atentamente,

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
DNI



HUELLA

Anexo 05

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA NEPOTISMO – LEY N°26771 D.S N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM Y D.S. N° 034-2005-PCM**

Yo..... Identificado con D.N.I. N°..... al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo 49° de TUO de la ley del Procedimiento Administrativo General, **DECLARADO 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 o laborar a la MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE COCACHACRA.

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

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento que en la MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE COCACHACRA, laboran las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la relación o vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (e), vínculo matrimonial (M) o unión de hecho (UH), señalados a continuación.

Relación Apellidos Nombres Área de Trabajo.

REALACIÓN	APELLIDOS	NOMBRES	ÁREA DE TRABAJO
participa			

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 lo establecido en el artículo 09 438° del Código Penal.

Cocachacra, ..... de ..... del 2023

FIRMA  
DNI



HUELLA

**ANEXO 06**  
**DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE L FUNCIÓN PÚBLICA**

Yo ..... con DNI N°..... y domiciliado en..... Distrito de..... departamento..... declaro bajo juramento, que:

Tengo conocimiento de la siguiente normatividad:

1. Ley N° 28496, "Ley que modifica el numeral 4.1 del artículo 4° Y el artículo 11° de la Ley N°27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
2. Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Así mismo declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda circunstancia.



Declaro D:  
.....

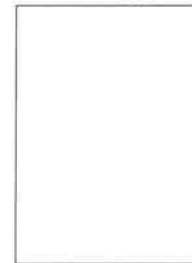
Cocachacra, ..... de ..... del 2023



Declaro D:  
.....

\_\_\_\_\_

**FIRMA**  
**DNI**



**HUELLA**

**ANEXO 07**  
**DECLARACIÓN JURADA DE NOPERCIBIR OTROS INGRESOS DEL ESTADO**

Yo ..... con DNI N°..... y domiciliado en....., declaro bajo juramento que:

- ( ) NO PERCIBO OTRO INGRESO POR EL ESTADO
- ( ) SI PERCIBO OTRO INGRESO POR EL ESTADO

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.

Cocachacra, ..... de ..... del 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
DNI



HUELLA



**ANEXO 08**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN O SANCIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Yo..... con DNI N°..... Y domiciliado en....., declaro bajo juramento no tener inhabilitación y/o sanción vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD (\*)

Por lo expuesto, firmo y asumo la responsabilidad por la veracidad de la información antes mencionada

DECLARACIÓN

Cocachacra, ..... de ..... del 2023

DECLARACIÓN

FIRMA  
DNI



HUELLA

DECLARACIÓN

(\*) Mediante Resolución Ministerial 0172007-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 consultar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RSNDD, 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.

DECLARACIÓN

**ANEXO 09**  
**FORMATO PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE SERVIDORES EN EL GRUPO DE RIESGO – COVID 19**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI/CE N° \_\_\_\_\_, declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

PRESENTO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD	SI	NO
Mayor a 65 años		
Hipertensión arterial		
Enfermedades cardiovasculares		
Diabetes Mellitus		
Obesidad con IMC de 40 a más		
Asma		
Enfermedades respiratorias crónicas		
Insuficiencia Renal crónica		
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		

\*Factores de riesgo de acuerdo a Documento técnico aprobado mediante MINSA.

Asimismo, declaro que dentro de mi vivienda residen los siguientes familiares que cuentan con las siguientes condiciones que los ubican dentro del grupo de riesgo:

\_\_\_\_\_  
FIRMA