SOLICITO: Inscripción como postulante para la convocatoria del concurso público de contratación de servicios Administrativos – CAS N°002-2025-MDQ.

Señores

**MIEMBROS DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN DEL CONCURSO PÚBLICO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS – CAS N° 002-2025-MDQ**

Presente. -

Yo, .......................................................................................................................................... ,……… identificado con DNI N°…………….,

Con RUC Nº……………………………, Domiciliado en ………………………………………………………………………………………………….,

Distrito de ………………………………, Provincia de………………………… y Región……………………….; me presento como postulante al proceso de selección para convocatoria Contratación Administrativa de Servicios, **CONVOCATORIA CAS N° 002-2025- MDQ**, regulado por el Decreto Legislativo Nº 1057 y su Reglamento aprobado por el D. S Nº 075-2008-PCM y sus modificatorias, a la Dependencia:…………………………………………………………………….. Código………. De la plaza:………………………………………………………….., cargo:…………………………………………

**Para tal efecto cumplo con la siguiente documentación:**

* Fotocopia del Documento Nacional de Identidad –DNI – Vigente
* Ficha De Datos Del Postulante (ANEXO Nº 01)
* Currículum Vitae u Hoja de Vida documentado debidamente firmado por el suscrito, detallado, precisando los datos personales, número telefónico, correo electrónico, así como la información relacionada con mi formación escolar, superior, técnica, experiencia laboral, referencias personales, etc.
* Declaración Jurada de Actividades o funciones efectuadas (ANEXO N° 02)
* Declaración Jurada, de no tener impedimento para contratar con la Municipalidad conforme al (ANEXO N° 03).
* Declaración Jurada de no adeudar por concepto de alimentos u obligaciones alimentarias, Ley Nº 28970 de acuerdo al (ANEXO Nº 04).
* Declaración Jurada sobre ausencia de nepotismo, conforme al (ANEXO N° 05)
* Declaración Jurada de Antecedentes Policiales, Penales y de buena salud, conforme al (ANEXO Nº 06)
* Declaración Jurada de consentimiento informado de Grabación de entrevista Personal (ANEXO 07).

Atentamente,

……………………………………………..

Firma

DNI Nº……………………………..…

**IMPORTANTE: Indicar marcando con un aspa (X) Ley Nº 29973**

Persona con Discapacidad (SI) (NO)

Adjuntar Certificado de Discapacidad (SI) (NO)

Tipo de Discapacidad: Física ( ) Auditiva( ) Visual ( ) Mental ( )

**Ley N° 29248, Ley del Servicio Militar**: Personal licenciado del Servicio Militar (SI) (NO)

Adjunta copia del documento oficial emitido por la autoridad competente (SI) (NO)

**ANEXO Nº 01**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**I. DATOS PERSONALES:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 Lugar día mes año

**ESTADO CIVIL:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente)**: DNI PASAPORTE Nº \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una “x” el tipo):**

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

 Avenida/Calle/Jirón Nº Dpto. / Int.

**URBANIZACIÓN**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISTRITO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVINCIA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CELULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COLEGIO PROFESIONAL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO N°**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ NO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

**LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SÍ NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

1. **ESTUDIOS REALIZADOS**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO O GRADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
| **(Mes / Año)** |
| DOCTORADO |   |   |   |   |   |
| MAESTRÍA |   |   |   |   |   |
| TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO |   |   |   |   |   |
| BACHILLER / EGRESADO |   |   |   |   |   |
| ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros) |   |   |   |   |   |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **FECHA****INICIO** | **FECHA****FIN** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO****(Mes / Año)** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
| 1º |  |  |  |  |  |  |  |
| 2º |  |  |  |  |  |  |  |
| 3º |  |  |  |  |  |  |  |
| 4º |  |  |  |  |  |  |  |
| 5° |  |  |  |  |  |  |  |
| 6° |  |  |  |  |  |  |  |
| 7° |  |  |  |  |  |  |  |
| 8° |  |  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la Secretaría Técnica del Consejo Fiscal tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

 **APELLIDOS Y NOMBRES:**

**DNI:**

**FECHA:**

Huella Digital

 ---------------------------

 Firma

**ANEXO Nº 02**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Actividades o Funciones efectuadas)

Yo, ………………………………………………………………………………………………, identificado (a) con DNI N° ……….…………, declaro bajo juramento que durante el tiempo de mi EXPERIENCIA LABORAL, la cual ha sido acreditada mediante documentos adjuntos, **efectué las ACTIVIDADES o FUNCIONES siguientes:**

1. **Experiencia general:**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **Experiencia específica en la función o la materia:**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.**

1. **Experiencia en la función del sector público (en base a la experiencia requerida para el puesto señalada en la parte b):**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas:  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.**

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la Secretaría Técnica del Consejo Fiscal tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

Quilahuani,……….de....................2025

|  |
| --- |
|  |

 Huella Digital

---------------------------

 Firma

**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 (\*)

|  |
| --- |
|  |

Quilahuani………..de......................2025

 Huella Digital

---------------------------

 Firma

(\*) 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

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo………………………………………………...., identificado/a con DNI Nº......................, declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias 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 creado por Ley N° 28970.

|  |
| --- |
|  |

Quilahuani………de.......................2025

 Huella Digital

---------------------------

 Firma

**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)**

Conste por el presente que el (la) señor(ta) **………………………………** identificado (a) con D.N.I. N° ………………………con domicilio en …………………. en el Distrito de ……………..,

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA “X”, según corresponda):**

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE / HERMANO / HIJO / TIO / SOBRINO / PRIMO / NIETO / SUEGRO / CUÑADO), DE NOMBRE (S)

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

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

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

Quien (es) laboran en esta Unidad Ejecutora, con el (los) cargo (s) y en la Dependencia (s):

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

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

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

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE / HERMANO / HIJO / TIO / SOBRINO / PRIMO / NIETO / SUEGRO / CUÑADO), que laboren en esta Unidad Ejecutora.

Quilahuani…….de...................2025

|  |
| --- |
|  |

---------------------------

 Firma

 Huella Digital

**ANEXO N° 6**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)**

Yo, ………………………………………………………………………………………………, identificado (a) con DNI N° ……………….………………,domiciliado en ………………………………………………………………………………………………………………….., declaro bajo juramento que:

* No registro antecedentes policiales.
* No registro antecedentes penales.
* No registro condena por delito doloso con sentencia firme.
* No registro sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por alguno de los delitos previstos en los artículos 382, 383, 384, 387, 388, 389, 393, 393- A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 y 401 del Código Penal o sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC).
* No registro inscripción en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECI).
* Gozo de buena salud.

Quilahuani……..de......................2025.

|  |
| --- |
|  |

 Huella Digital

---------------------------

 Firma

**ANEXO 7**

**DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO**

Yo,…………………..………………………………………………………………..……………………… identificado con DNI Nº ……………………………con dirección domiciliaria:………………………………………………………………………………en el Distrito:………………….Provincia:……………………..Departamento…………………..

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NO** | **SI** |

Tengo conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (\*con excepción de uno más por función docente, de acuerdo a lo señalado en el numeral 11.7 de la Norma Técnica).

|  |  |
| --- | --- |
| **NO** | **SI** |

Percibo otra remuneración a cargo del Estado, o Percibiré ya que me encuentro adjudicado

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución por la que percibe o percibirá remuneración a cargo del Estado: |  |
| Cargo que ocupa/rá: |  |
| Condición Laboral:  | **( )** Nombrado **( )** Contratado **( )** Adjudicado |
| Horario Laboral: |  |
| Dirección de la institución: |  |

(NO) (SI) Tengo incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral.

Dado en el distrito de………………. a los……..días del mes de………… del 20……

 ……………………………………………….

 Firma

 DNI

 Huella

\*Art. 40º de la Constitución Política del Perú y articulo 3 de la Ley N° 28175 Ley Marco del Empleo Público.

La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.

**ANEXO N° 8**

**DECLARACIÓN JURADA**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACIÓN DE ENTREVISTA PERSONAL**

Yo, ………………………………………………………………………………………………, identificado (a) con DNI N° ……………….………………,domiciliado en ………………………………………………………………………………………………………………….., postulante del proceso de selección Nº ……………………………….. después de haber sido informado (a) sobre el procedimiento de entrevista personal, doy el consentimiento voluntario para:

* Ser filmado y grabado durante la entrevista personal.
* El material audiovisual obtenido por medio de la entrevista queda bajo custodia en los archivos de la Secretaría Técnica del Consejo Fiscal, por un periodo de tres meses.

De acuerdo a la Ley Nº 29733, Ley de Protección de Datos Personales, la Secretaría Técnica del Consejo Fiscal adoptará medidas que garanticen la seguridad de la información y evite su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por el tiempo de custodia.

Quilahuani…….de.......................2025

|  |
| --- |
|  |

 Huella Digital

---------------------------

 Firma