**ANEXO N° 2**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Señor:

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN EVALUADORA DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE LA MAR

**PROCESO CAS Nº002-2020-MPLM-SM/CE.**

De mi consideración:

Por medio de la presente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con Documento Nacional de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicita su inscripción como postulante al cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para la selección correspondiente al objeto de la convocatoria, conforme a las disposiciones establecidas en las Bases del presente proceso de selección.

Sobre el particular, declaro conocer y cumplir los requerimientos mínimos establecidos en los Términos de Referencia, así como las demás condiciones de las Bases.

En ese sentido, agradeceré proceder con la tramitación correspondiente para participar en la selección materia de dicha convocatoria, para cuyo efecto adjunto la documentación correspondiente, conforme a lo establecido en las Bases.

San Miguel, ………de ………………..del 2020

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

Firma/nombre y DNI

**ANEXO N° 3**

**MODELO DE ETIQUETA DEL SOBRE DE PRESENTACIÓN**

**Señor:**

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN EVALUADORA DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE LA MAR.

**PROCESO CAS Nº 002-2020-MPLM-SM/CE.**

**NOMBRE DEL POSTULANTE: ..……………………… ………………………………………………………………………...**

**CARGO AL CUAL POSTULA: ………………………………………………………………………………………………………..**

**DEPENDENCIA AL CUAL POSTULA:……………………………………………………………………………………………….**

**ÍTEM Nº: ………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**ANEXO Nº 04**

**MODELO DE RESUMEN DEL CURRICULUM**

**(Formato sugerido)**

1. **DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PATERNO: | MATERNO: | NOMBRES: |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Nº: |

Documento Nacional de Identidad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEPARTAMENTO | PROVINCIA | DISTRITO |
| \* |  |  |

Lugar de

Nacimiento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIA | MES | AÑO |
|  |  |  |

Fecha de

nacimiento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AV. JR. CALLE, OTROS | MZ, LT. | Nº |
|  |  |  |

Domicilio de

Residencia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUECHUA ( ) | CASTELLANO ( ) | EXTRANJERO ( ) |

Idioma (habla y/o

escribe)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TELEF. DOMICILIARIO | CELULAR | RPM |
|  |  |  |

Teléfono / celular

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SOLTERO ( ) | CASADO ( ) | CONVIVIENTE ( ) OTRO ( ) |

Estado civil

|  |
| --- |
|  |

RUC

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nº DE LICENCIA | CATEGORIA | FECHA DE REVALIDACION |
|  |  |  |

Licencia de

conducir

|  |
| --- |
|  |

Autogenerado

ESSALUD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| -SNP ( ) AFP ( ) | NOMBRE DE AFP: | CUPSS: |
|  |  |

Sistema de

Pensiones

|  |
| --- |
|  |

Tipo de Sangre

**II INFORMACION**

**ACADEMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| CARRERA | INSTITUCION QUE ACREDITA |
|  |  |

Profesión

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DEPART. | PROVINCIA | DISTRITO | INSTITUCION EDUCATIVA |
|  |  |  |  |

Estudios

Primarios

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DEPART. | PROVINCIA | DISTRITO | INSTITUCION EDUCATIVA |
|  |  |  |  |

Estudios

Secundarios

**III EXPERIENCIA LABORAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMP.** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINO** | **TOTAL TIEMPO ACUMULADO**  **(MESES)** | **N° PAG. Y/O FOLIO DEL DOCUMENTO SUSTENTATORIO** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |

**IV CURSOS O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **MENCION** | **CENTRO DE CAPACITACION** | **FECHA** | **CONSIGNAR EL NIVEL ALCANZADO** |

**Doctorado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

**Maestría**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

**Diplomado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

**Cursos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

**Seminarios / talleres**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Estudios/conocimiento de ofimática, idiomas / otras habilidades**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

**Reconocimientos y/o otras informaciones adicionales**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

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

Firma/nombre y DNI

San Miguel, ....de……….del 2020

**ANEXO Nº 05**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo,……………….…………………….………………………….…..…Identificado (a) con D.N.I. Nº ….………….….y con domicilio…………………………………………..…………………….DECLARO BAJO JURAMENTO:

DISPOSICIÓN Someterme a las disposiciones de la Directiva Nº 02-2014-MPLM-SM “NORMAS QUE REGULAN LOS CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS – CAS EN LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE LA MAR – SAN MIGUEL”.

**INCOMPATIBILIDAD**

No tener impedimento de contratar con el Estado en la modalidad de Servicios ni estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el Decreto Supremo Nº 019-02-PCM.(1)

**NEPOTISMO**

No tener vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad por razón de matrimonio y/o con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la Municipalidad Provincial de La Mar, que gozan de la facultad de contratación de personal, o tenga injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.

La presente Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo, la presento dentro del marco de la Ley Nº 26771, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM, modificado por el Decreto Supremo Nº 034- 2005-PCM.

**ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES Y JUDICIALES**

No tener antecedentes penales, policiales ni judiciales.

**Nota:**

1. Establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual.

**Importante**: Indicar marcando con un aspa (x)

**Ley 27050, modificada por la Ley 28164**

**Persona con Discapacidad NO ( ) SI ( ) Pág. Nº………**

**Adjunta certificado de Discapacidad** **NO ( ) SI ( ) Pág. Nº………**

**Tipo de discapacidad:**

Física ( )

Auditiva ( )

Visual ( )

Mental ( )

**Ley Nº 29248, Ley del Servicio Militar:**

**Personal licenciado del Servicio Militar NO ( ) SI ( ) Pág. Nº ………**

**Adjunta Copia del documento Oficial emitido por la autoridad competente NO ( ) SI ( ) Pág. Nº ………**

De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa, acepto expresamente que la Entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de aplicarse las sanciones legales que me correspondan.

San Miguel………..de……………..… del 2020

**……………………………**

Firma Huella Digital

**ANEXO Nº 06**

**DECLARACIÓN JURADA**

**REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS-REDAM**

Por el presente documento, yo………………………………………………………………….identificado con Documento Nacional de Identidad Nº………………domiciliado en……………….……………………………………; en virtud a lo dispuesto en el artículo 8º de la Ley Nº 28970, que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, concordante con el artículo 11º de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº002-2007-JUS; y al amparo de lo dispuesto de los artículos 41º y 42º de la Ley Nº 27444- del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis Derechos Ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

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

Estar registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos-REDAM.

(Marcar con una X o +)

Asimismo, 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 411º del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por Ley.

San Miguel,……….de……………………de 2020.

……………………. ……….

Firma Huella Digital

**\* Nota:** Carece de validez si no está correctamente llenado.

**ANEXO Nº 07**

**DECLARACIÓN JURADA**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO Y NO PERCIBIR DOBLE REMUNERACION DEL ESTADO**

Señor:

**PRESIDENTE DE LA COMISIÓN EVALUADORA DE MÉRITOS**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe………………………………………………………..…..identificado con DNI Nº ........................, con RUC Nº ……………………,domiciliado en .........................................................................................., que se presenta como postulante a la Convocatoria sobre Contratación Administrativa de Servicios, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que**:**

a) No cuento con inhabilitación administrativa o judicial para contratar con el Estado, conforme al Art. 4º del D.S. Nº 075-2008-PCM, Reglamento del D. Leg. Nº 1057 que Regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.

b) No tengo impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el Estado, conforme al Art. 4º del D.S. Nº 075-2008-PCM; y al Art. 9º del TUO de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado.

c) No percibir doble remuneración del Estado.

d) Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos del presente proceso.

e) Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos del presente proceso.

f) Conozco las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de aplicarse las sanciones legales que me correspondan*.*

San Miguel……....de………..….de 2020.

……………………. ……….

Firma Huella Digital

**ANEXO Nº 08**

**DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE**

El/La que suscribe ……………………………………………………………………… identificado(a) con DNI Nº ……………….., domicilio legal en el ……………………………………………………………… teléfono ……………….. de nacionalidad ………….……………………., mayor de edad, de estado civil……………………….., de profesión……………………., con carácter de declaración jurada manifiesta lo siguiente:

1. **NO** tener inhabilitación administrativa o judicial para el ejercicio de la profesión, para contratar con elEstado o para desempeñar función pública.

2. **NO** haber sido sancionado administrativamente en los últimos cinco (05) años anteriores a la postulación.

3. **NO** tener impedimento expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias pertinente, para ser postor o contratista y/o para postular, acceder o ejercer el servicio, función o cargo convocado.

4**. NO** tener antecedentes penales o policiales

5. **NO** estar comprendido en procesos judiciales por delito doloso.

6. **NO** ser funcionario de organismos internacionales.

7. **NO** contar con proceso judicial vigente

8. **NO** ser funcionario de organismos internacionales.

9. **NO** tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o razón de matrimonio, con funcionarios que gozan de facultad de nombramiento y/o contratación de personal o que tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección de la MPLM (Ley Nº 26771 y D. S. Nº 021-2000-PCM).

10. **NO** contar con Deudas por concepto de alimentos por adeudar tres (03) cuotas, sucesivas o no, de obligaciones alimentarias establecidas en sentencias consentidas o ejecutoriadas, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, o por adeudos de pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, durante el proceso judicial de alimentos que no han sido cancelados en un período de tres

(03) meses desde que son exigibles.

12. Gozar de buena salud.

Así también, todo lo contenido en mi Currículum Vitae y los documentos que lo sustentan son verdaderos, sometiéndome a la fiscalización posterior que considere la MPLM.

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV, numeral 1.7 y 42º de la Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobada por la Ley Nº 27444, sujetándose a las acciones legales yo penales que correspondan de acuerdo a la legislación vigente, en caso de verificar su falsedad.

San Miguel,…....de…………………de 2020

……….……………………

EL/LA POSTULANTE

**ANEXO Nº 09**

**DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN PREVISIONAL**

Me encuentro afiliado a algún régimen de pensiones:

HABITAT

Elijo el siguiente régimen de pensiones: SI NO

INTEGRA

SISTEMA Privado de Pensiones DL. 25897

Sistema Nacional de Pensiones DL 19990

PRIMA

PROFUTURO

En un plazo de cinco (05) días hábiles de suscrito el Contrato Administrativo de Servicios me comprometo a presentar ante el Área de Personal mis documentos que acrediten mi afiliación a algún régimen previsional y la solicitud de continuar aportando a dicho régimen, debiendo indicar si suspendí los pagos o si me encontraba aportando un monto voluntario, y en su caso de optar por aportar como afiliado regular, a fin que la MPLM efectúe la retención correspondiente.

San Miguel, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma :

Nombre y Apellidos :

DNI Nº :

Nota: Deberá elegir necesariamente algún régimen de pensiones, de NO HACERLO tiene a su cargo la administración del Sistema Nacional de Pensiones (SNP) a que se refiere el Decreto Ley N° 19990, será **AFILIADO a ONP**.

En caso de haberse afiliado al Sistema Privado de Pensiones deberá necesariamente presentar copia de su contrato y/o constancia de afiliación.

**ANEXO Nº 10**

**DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO LEY Nº 28882 – LEY DE DEROGACION DE ATRIBUCIONES DE LA PNP A EXPEDIR CERTIFICADOS DOMICILIARIOS. LEY Nº 27444 –LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de Nacionalidad Peruana con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en pleno ejercicio de mis Derechos Ciudadanos y de conformidad con lo Dispuesto en la Ley Nº 28882 de Simplificación de la Certificación Domiciliaria, en su Artículo 1º DECLARO BAJO JURAMENTO: que mi domicilio actual se encuentra ubicado en:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realizo la presente declaración jurada manifestando que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación de lo declarado. En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito Contra la Fe Pública, falsificación de Documentos, (Artículo 427º del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7 “Principio de Presunción de Veracidad” del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley Nº 27444).

En señal de conformidad firmo el presente documento.

San Miguel, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI Nº : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 11**

**DECLARACION JURADA PARA EL PROCESO DE CONTRATO CAS NO PRESENCIAL**

Yo,…………………………………………………………………………………………………..……...................................Identificado (a) con D.N.I. Nº……………………..…….. y domicilio actual en……………………………………................................................ En este contexto de Estado de Emergencia Sanitaria y de aislamiento social obligatorio, comunico a la Comisión de Contratación de Personal bajo la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios (CAS), lo siguiente.

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que, en virtud a lo dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 026 – 2020, que establece el trabajo remoto en las Instituciones Públicas y Privadas, como medida excepcional y temporal para prevenir la propagación del COVID 19 en el país. **Sí cuento con el equipo o medio informático tecnológico** (laptop, PC, Celular y otros) y de conectividad necesaria (Internet, telefonía u otros) para realizar el trabajo de manera remota.

Firmo la presente declaración de conformidad con lo establecido en el artículo 49 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal, concordante con el artículo 33 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General; autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

En fe de lo cual firmo la presente. Dado en la ciudad de………………. A los……..días del mes de………… del 2020.

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

(Firma)

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art. 40° de la Constitución Política del Perú. La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo de la MPLM, a fin de corroborar la tenencia de equipos tecnológicos y conectividad necesaria.

**ANEXO Nº 12**

**RECOLECCIÓN DE DATOS Y AUTORIZACIÓN PARA CONTACTO**

Yo,………………………………………………………………………………………..………………….…..........................Identificado (a) con D.N.I. Nº…………….……..…….. y domicilio actual en……………………………………................................................ En este contexto de Estado de Emergencia Sanitaria y de aislamiento social obligatorio, doy a conocer y autorizo7 a la Comisión de Contratación de Personal bajo la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios (CAS), a ser notificado a través de los siguientes medios, del resultado de la evaluación para acceder a una plaza vacante de los Procesos CAS convocados, en las siguientes vías de comunicación:

Correo electrónico principal…………………………………………….

Correo electrónico alternativo: …………………………………………

Cuenta de Facebook : …………………………………………………..

Teléfono y/o celular de contacto: ………………………………………

Firmo la presente declaración de conformidad con lo establecido en el artículo 49 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal, concordante con el artículo 33 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General; autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

En fe de lo cual firmo la presente. Dado en la ciudad de………………. a los……..días del mes de………… del 2020

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

(Firma)

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 13**

**DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA (LEY N° 27815)**

Yo, ………………………………………………………………….…………………., identificado con DNI Nº………………..…, con domicilio en……………………………….............................. Distrito…………………………………………..,Provincia……………………..………………………,Departamento ……..…………………………., declaro bajo juramento, que tengo conocimiento de la siguiente normatividad:

* 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”.
* Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Asimismo, declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda circunstancia.

Dado en la ciudad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_del 2020.

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

(Firma)

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 14**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE CONDICIONES DE SALUD EN EL TRABAJO**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con teléfono celular N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domicilio real en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacido (día/mes/año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actualmente desempeñándome como\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el área de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DECLARO BAJO JURAMENTO,** que los datos proporcionados en el presente documento a la Unidad de Recursos Humanos, son verdaderos y tener conocimiento que está sujeta a los controles posteriores que efectué la Unidad de Recursos Humanos, sometiéndome a las responsabilidades que acarrea la falta declaración, por que asumo total responsabilidad de ello.

1. **MAYOR DE 65 AÑOS** SI( ) NO( )
2. **ANTECEDENTES MÉDICOS**

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SI( ) NO( )

DIABETES MELLITUS SI( ) NO( )

1. **ENFERMEDAD**

CARDIOVASCULAR SI( ) NO( )

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

(Indicación diagnóstico y tratamiento actual)

PULMONAR SI( ) NO( )

1. **CRÓNICA**

CÁNCER SI( ) NO( )

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

(Indicación diagnóstico y tratamiento actual)

ASMA SI( ) NO( )

ENFISEMA SI( ) NO( )

1. **OBTRUCTIVA**

PULMONAR SI( ) NO( )

OBESIDAD SI( ) NO( )

1. **OTROS**

GESTACION

OTRA CONDICION MEDICA

RIESGO DENTRO DEL ENTORNO FAMILIAR

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

San Miguel,…………….…………..

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

(Firma)

Nombres y Apellidos

**ANEXO N° 15**

**FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PARA REGRESO AL TRABAJO DECLARACIÓN JURADA**

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Entidad Publica..............................................................................................................................,

RUC Nº……………………………

Órgano: …………………………………………. Unidad Orgánica:…………………….………………

Apellidos y Nombres: …………….………………………………DNI Nº……………………..... Dirección:…………………………………………………………………………………………………... Celular:…………………………

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes

1. Sensación de alza térmica o fiebre si ( ) No ( )

2. Tos, estornudos o dificultad para respirar si ( ) No ( )

3. Expectoración o flema amarilla o verdosa si ( ) No ( )

4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 si ( ) No ( )

5. Está tomando alguna medicación detallar cual o cuales si ( ) No ( )

Detallar cual o cuales

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

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen Declaración Jurada de mi parte.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

San Miguel,…………………………….

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

(Firma)

Nombres y Apellidos

**ANEXO N° 16**

**DECLARACION JURADA SOBRE LA VERACIDAD DE LA INFORMACION Y HABILITACION**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,Con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Provincia de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Departamento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro:

a. Contar con documentación que se incluye en el Curriculum Vitae documentado, la cual certifica la veracidad de la información remitida.

b. Estar en el ejercicio pleno de los derechos civiles, haber cumplido la mayoría de edad al momento de presentarse.

c. No tener condena por delito doloso, con sentencia firme.

d. No estar inhabilitado administrativa o judicialmente.

e. No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por

Delitos Dolosos (REDEREC-Art.52 Ley Nº 30353)

f. Los demás requisitos previstos en la Constitución Política del Perú y las

Leyes, cuando corresponda.

g. Contar con la habilitación profesional conferida por el Colegio Profesional que corresponde a las funciones del puesto, según corresponda.

Suscribo el presente documento en señal de conformidad.

San Miguel,………………………………….

Firma…………………………………..

Nombre Completo:……………………

DNI N°:…………………………………

**ANEXO N° 17**

**Declaración Jurada de no haber sido denunciado, estar procesado o sentenciado, por violencia familiar y/o sexual**

Yo,…………..………………………………………….……identificado con DNI N°…..……………… y con domicilio en……………………………………………………………………….; mediante la presente DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

No haber sido denunciado por violencia familiar.

No haber sido denunciado por delito contra la libertad sexual e indemnidad sexual.

No tener proceso por violencia familiar.

No tener proceso por delito contra la libertad sexual e indemnidad sexual. No haber sido sentenciado por violencia familiar.

No haber sido sentenciado por delito contra la libertad sexual e indemnidad sexual.

Ratifico la veracidad de lo declarado, manifestando someterme a la autoridad vigente y a las responsabilidades civiles y/o penales que se pudieran derivar en caso que algunos de los datos consignados sean falsos, siendo pasible de cualquier fiscalización posterior que la MPLM considere pertinente.

San Miguel,….de…………del 2020

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

(Firma)

DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 18**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER EXCEDIDO EL PLAZO MÁXIMO DE LICENCIAS SIN GOCE DE HABER**

**(SOLO PERSONAL NOMBRADO)**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de Nacionalidad

Peruana con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nombrado bajo el régimen laboral de: Ley Nº 29944 o Decreto Legislativo Nº 276 en la jurisdicción de la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en pleno ejercicio de mis Derechos Ciudadanos DECLARO BAJO JURAMENTO: que a la fecha de presentación de mi postulación, **NO HE HECHO USO DEL MÁXIMO DE LICENCIA SIN GOCE DE HABER POR MOTIVOS PARTICULARES** establecido en el literal a) del Art. 197º del Reglamento de la Ley de Reforma Magisterial aprobado por el Decreto Supremo Nº 004-2013-ED o en el Art 115º del Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa aprobada por el Decreto Supremo Nº 005-90-PCM.

Realizo la presente DECLARACIÓN JURADA manifestando que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación de lo declarado. En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito Contra la Fe Pública, falsificación de Documentos, (Artículo 427º del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7 “Principio de Presunción de Veracidad” del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley Nº 27444). En señal de conformidad firmo el presente documento.

San Miguel, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI Nº : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_