



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Universalización de la Salud"  
**FORMATO N° 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Señor:**

DIRECTOR(a) DE LA UGEL JAÉN

**Con atención:** Presidente del Comité para el Proceso de Concurso Público de Contratación de Personal en la Modalidad de CAS Año Fiscal 2020.

**Presente.**

Yo, ....., identificado con DNI N° .....,  
con domicilio en ....., distrito de Jaén, provincia de  
Jaén, región Cajamarca.

Mediante la presente solicito se me considere para participar en el Proceso de Concurso Publico de Contratación de Personal en la Modalidad de Contrato Administrativo de Servicios – CAS para el Año Fiscal 2020.

**Intervención a la que postula:**.....

**Nombre del puesto:**.....

**I.E. a la que postula:**.....

**N° de folios:**.....

Para lo cual me someto a los lineamientos establecidos en las bases del presente proceso.

Adjunto al presente mi expediente contenido en un folder manila.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,

Jaén, .....de ..... de 2020.

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

Nombres y Apellidos:.....

DNI N°: .....



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Universalización de la Salud"  
**FORMATO N° 02**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA (Con carácter de Declaración Jurada)**

**I. DATOS PERSONALES:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombres / Apellido Paterno / Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Lugar / día / mes / año

**ESTADO CIVIL:**..... **NACIONALIDAD:** .....

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** ..... **RUC N°:** .....

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Avenida / Calle / Jirón / N° / Dpto. / Int.

**URBANIZACIÓN:** .....

**DISTRITO:** ..... **PROVINCIA:**.....

**DEPARTAMENTO:** ..... **TELÉFONO:**.....

**CELULAR:**..... **CORREO ELECTRÓNICO:**.....

**PERSONA CON DISCAPACIDAD:** Sí  NO  N° \_\_\_\_\_

(Si la respuesta es afirmativa, indicar el N° 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).

**II. FORMACION ACADEMICA:**

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

TÍTULO O GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (Mes / Año)	CIUDAD	N° FOLIO
DOCTORADO					
MAESTRÍA					
POSTGRADO					
DIPLOMADO					
TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO					
BACHILLER/EGRESADO					
ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros)					

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



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año de la Universalización de la Salud"

**III. CAPACITACION: Cursos, talleres, Seminarios y/o Estudios de Especialización**

Nº	DENOMINACION	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA INICO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO (Mes / Año)	Nº de Horas	Nº FOLIO
1º							
2º							
3º							
4º							
5º							
6º							
7º							

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

**IV. EXPERIENCIA LABORAL**

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **SOLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN LA PLAZA U CARGO AL QUE POSTULA**, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

**a) Experiencia laboral general mínima de ..... años** (comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

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
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
<u>Descripción del trabajo realizado:</u> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**DIRECCION REGIONAL DE EDUCACIÓN**  
**UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL JAÉN**



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año de la Universalización de la Salud"

**b) Experiencia laboral específica mínima de ..... años** (comenzar por la más reciente). Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminac. (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº Folio
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						

Descripción del trabajo realizado:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

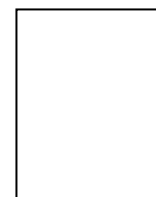
**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

\_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS: .....

DNI: .....



FECHA: .....

Huella Digital

**V. OTROS**

Adjuntar la documentación solicitada en el perfil del puesto plaza.



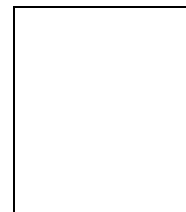
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año de la Universalización de la Salud"

**FORMATO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE TENER BUEN ESTADO DE SALUD MENTAL**

Por la presente, yo....., identificado(a) con DNI N° .....  
 ..... declaro bajo juramento gozar de buena salud mental

Jaén, ..... de..... de 2020



Huella Digital

Firma: .....

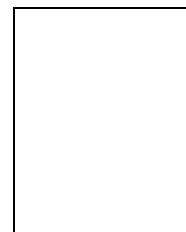
DNI: .....

**FORMATO N° 04**

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

Por la presente, yo....., identificado(a) con DNI N° .....  
 ..... declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar  
 servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y  
 DESPIDO - RNSDD (\*)

Jaén, ..... de..... de 2020



Huella Digital

Firma: .....

DNI: .....

(\*) 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.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año de la Universalización de la Salud"

**FORMATO N° 05**

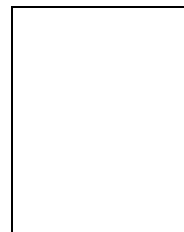
**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo ....., identificado(a) con DNI N° ....., 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.

Jaén, ..... de..... de 2020

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital

**FORMATO N° 06**

**DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR Y DE NO PERCIBIR OTROS INGRESOS DEL ESTADO**

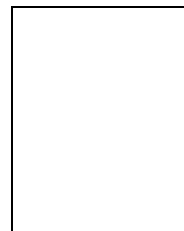
Quien suscribe, ....., identificado con DNI N° ....., domiciliado en..... en el Distrito de....., Provincia de....., Departamento....., declaro bajo juramento que:

- No tener impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el estado..
- No percibir otros ingresos del estado.

Jaén, ..... de..... de 2020

Firma:.....

DNI:.....



Huella Digital



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**DIRECCION REGIONAL DE EDUCACIÓN**  
**UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL JAÉN**



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año de la Universalización de la Salud"

**FORMATO N° 07**

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

Conste por el presente, yo..... identificada con D.N.I. N°  
 ..... con domicilio en.....del Distrito  
 de ....., Provincia de ....., Departamento .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:**

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 la UGEL-J, con el (los) cargo (s) y en el Area(s):

.....  
 .....

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE | HERMANO | HIJO | TIO ISOBRINO | PRIMO | NIETO | SUEGRO | CUÑADO), que laboren en la UGEL-J.

Jaén:..... de..... de 2020

Firma:.....

DNI:.....

Huella Digital

**FORMATO N° 08**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Antecedentes policiales, penales, judiciales y salud)

Yo, ....., identificado con DNI N° .....,  
 domiciliado en..... en el Distrito de.....,  
 Provincia de....., Departamento....., declaro bajo juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud

Ratificándome en el contenido de la presente declaración, la suscribo para los fines del caso, de conformidad a lo prescrito en la Ley N° 25035 "Ley de Simplificación Administrativa" y disposiciones legales vigentes.

Jaén, ..... de..... de 2020

Firma:.....

DNI:.....

Huella Digital