



Dirección Regional
de Educación

Unidad de
Gestión Educativa
Local Rioja

Recursos
Humanos

Año de la Universalización de la Salud.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PROCESO DE SELECCIÓN

CAS N° _____-2020- GRSM- DRE/DO-OO-UE306

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL DE.....

Yo, _____ identificado con DNI N° _____

Domiciliado en el Jr. _____

Provincia _____; que teniendo conocimiento del
Proceso de Selección de Contratación Administrativa de Servicios de

Solicito participar en el proceso de selección para cubrir la plaza de _____ en
la dependencia orgánica de _____

Comprometiéndome a cumplir con todo lo establecido en la presente directiva y bases publicadas
para tal efecto.

_____, ____ de _____ de 2020.

.....
Firma

Nombre y apellidos

N° D.N.I.:

**ANEXO Nº 01
DECLARACIÓN JURADA 1-A**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO PARA CONTRATAR CON
EL ESTADO**

Señores

Director (a) de la Unidad de Gestión Educativa Local de

Presente. -

De mi consideración:

Quien suscribe..... (*) , con Documento Nacional de Identidad N°..... (*), con RUC N°....., con domicilio en (*), se presenta para postular en la CONVOCATORIA CAS N° _____-2019- GRSM- DRE/DO-OO-UE306 (*), para la "Contratación Administrativa de Servicios de _____ (*) , y declara bajo juramento:

1.- No tener impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el Estado:

No haber sido sancionado administrativamente en los cinco (05) años anteriores a la postulación, ni estar comprendido en procesos judiciales por delitos dolosos al momento de su postulación y no registrar antecedentes penales.

No encontrarse inmerso en ninguno de los supuestos establecidos en la Ley 29988.

2.- Conocer, aceptar y me someto a las condiciones y procedimientos del proceso de selección para la contratación administrativa de servicios, regulados por el Decreto Legislativo 1057 y su Reglamento, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 075-2008-PCM y su modificatoria Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.

Lugar y fecha,



Huella Digital (*)

Firma del Postulante (*)



Dirección Regional
de Educación

Unidad de
Gestión Educativa
Local Rioja

Recursos
Humanos

Año de la Universalización de la Salud.

DECLARACIÓN JURADA 1-B

Yo, _____ identificado (a) con
D.N.I. N° _____ y con domicilio _____
de la ciudad de _____ DECLARO BAJO JURAMENTO:

- 1.- Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 2.- Acreditar buen estado de salud.
- 3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta, a efectos del presente proceso de selección.

Rioja, de..... de 20.....

.....
Firma

Nombre y apellidos

N° D.N.I.:



Dirección Regional
de Educación

Unidad de
Gestión Educativa
Local Rioja

Recursos
Humanos

Año de la Universalización de la Salud.

DECLARACIÓN JURADA 1-C

Yo, _____ identificado (a) con
D.N.I. N° _____ y con domicilio _____
de la ciudad de _____ DECLARO BAJO JURAMENTO,
estar:

Afiliado al Sistema Nacional de Pensiones – ONP, o al Sistema Privado de Pensiones – AFP.

RÉGIMEN PENSIONARIO

Elijo el siguiente régimen de pensiones:

Sistema Nacional de Pensiones

Sistema Privado de Pensiones

Integra

Pro Futuro

Horizonte

Prima

CUSP N° _____

Otros _____

OPCIONAL:

Solo para los que vienen prestando servicios en la Institución antes del 29-06-08.

Afiliación al Régimen Pensionario

SI

NO

Rioja,..... de..... de 20.....

.....
Firma

Nombre y apellidos

N° D.N.I.:



Dirección Regional
de Educación

Unidad de
Gestión Educativa
Local Rioja

Recursos
Humanos

Año de la Universalización de la Salud.

ANEXO Nº 02

FORMATO ESTÁNDAR DE HOJA DE VIDA

(Llenar obligatoriamente a computadora)

I. DATOS PERSONALES. -

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno (*)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar día mes año

ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (*):

DIRECCIÓN (*):

Avenida/Calle/Jr.

Nro.

Dpto.

URBANIZACIÓN:

DISTRITO:

PROVINCIA:

DEPARTAMENTO:

TELÉFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

CARGO AL QUE POSTULA:

PERSONA CON DISCAPACIDAD (*): **SÍ ()** **NO ()**

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento sustentatorio, emitido por el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS.

LICENCIADO DE LAS FF.AA. (*): **SÍ ()** **NO ()**

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento que acredite dicha condición.

II. FORMACIÓN ACADÉMICA

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (copia fedateada en orden de inscripción).

Nivel	Centro de Estudios	Especialidad	Año Inicio	Año Fin	Fecha de Extensión del Título (Mes/Año)	Ciudad / País
DOCTORADO						
MAESTRIA						
POSTGRADO						
LICENCIATURA						
BACHILLER						
TÍTULO TÉCNICO						
ESTUDIOS BÁSICOS REGULARES						

(Agregue más filas si fuera necesario)

II. 1. Estudios complementarios: cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc.

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (copia fedateada en orden de inscripción).

(Todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente, agregue más filas si fuera necesario)

Nivel (Cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc.)	Centro de Estudios	Tema	Inicio	Fin	Duración (Horas)

III. EXPERIENCIA DE TRABAJO

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **SÓLO LAS FUNCIONES/TAREAS CUMPLIDAS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, DE ACUERDO AL SERVICIO REQUERIDO.** La información a ser proporcionada en los cuadros deberá ser respaldada con las respectivas certificaciones o constancias.

III.1 Experiencia General

Experiencia profesional acumulada en el área que **califican la EXPERIENCIA GENERAL**, de acuerdo al requerimiento.

Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Descripción del trabajo realizado	Fecha de Inicio (Mes/ Año)	Fecha de Culminación (Mes/ Año)	Tiempo en el Cargo

(Agregue más filas si fuera necesario)

III.2 Experiencia específica (en el servicio requerido)

Experiencia profesional acumulada en el área que se presentan **los trabajos, que califican la EXPERIENCIA ESPECÍFICA**, de acuerdo al requerimiento.

Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo Desempeñado	Descripción del trabajo realizado	Fecha de inicio (mes/ año)	Fecha de fin (mes/ año)	Tiempo en el Cargo

(Todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente, agregue más filas si fuera necesario)



Dirección Regional
de Educación

Unidad de
Gestión Educativa
Local Rioja

Recursos
Humanos

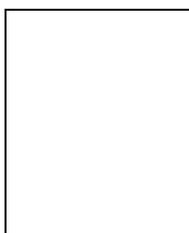
Año de la Universalización de la Salud.

IV. REFERENCIAS PROFESIONALES. -

En la presente sección el candidato podrá detallar las referencias profesionales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo prestando servicios.

Nombre del Referente	Cargo	Nombre de la Entidad	Teléfono de la Entidad

Declaro que la información proporcionada es veraz y, en caso necesario, autorizo su investigación.



Huella Digital (*)

.....
Firma del Postulante (*)



Dirección Regional
de Educación

Unidad de
Gestión Educativa
Local Rioja

Recursos
Humanos

Año de la Universalización de la Salud.



Dirección Regional
de Educación

Unidad de
Gestión Educativa
Local Rioja

Recursos
Humanos

Año de la Universalización de la Salud.



Dirección Regional
de Educación

Unidad de
Gestión Educativa
Local Rioja

Recursos
Humanos

Año de la Universalización de la Salud.