

FICHA DE DATOS PERSONALES



FECHA	
-------	--

AREA QUE POSTULA	
------------------	--

CARGO QUE POSTULA	
-------------------	--

PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR :

REGIMEN LABORAL	D. LEG 1057
-----------------	----------------

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:		SEXO									
				F M									
Nacionalidad :	<table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><th colspan="3">Fecha Nacimiento</th></tr> <tr><th>día</th><th>mes</th><th>año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Fecha Nacimiento			día	mes	año				DNI /Carnet de Extranjeria	Lugar de Nacimiento:	Edad:
Fecha Nacimiento													
día	mes	año											

Direc.: Av./ Jr./ Calle/ Block/ Carretera/ Malecon/Plaza/Parque N°/ Km/ Mz/ Int/ Dpto/ Lote/ Sector/ Etapa Distrito	Provincia	Departamento

CORREO ELECTRONICO : _____

Se autoriza que cualquier notificación sea enviada a la dirección y correo electrónico señalados en la presente ficha de datos.

Estado Civil:

Soltero	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	RUC	Automóvil	<input type="checkbox"/>
Soltero con hijos	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>		Motocicleta	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>		Placa: _____	
Conviviente	<input type="checkbox"/>					

N° Autogenerado EsSALUD

Pensiones: Indique el sistema de pensiones al que se encuentra afiliado:

AFP ONP

PENSIONISTA

Nombre de la AFP

CUPSS : _____

Si desea afiliarse por primera vez a una AFP, indique: _____

Indique con quienes vive :

Padres	<input type="checkbox"/>
Conyuge	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>
Abuelos / tos	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>

Tipo de Vivienda :

Propia	<input type="checkbox"/>
Alquilada	<input type="checkbox"/>
Familiares	<input type="checkbox"/>
Pension	<input type="checkbox"/>
Temporal	<input type="checkbox"/>

Teléfonos:

Celular personal : _____

Celular emergencia 1 : _____ Persona a contactar en caso de emergencia: _____

Teléfono emergencia 2 : _____ Persona a contactar en caso de emergencia: _____

DATOS FAMILIARES

Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación:	Trabajo - Estudios	Fecha Nac.	DNI / P. Nac
Esposo(a)							
Conviviente							
Hijos							
Hijos							
Hijos							
Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación:	Trabajo - Estudios	¿ Su esposa o conviviente e hijos menores de edad estan asegurados en EsSALUD? (responder si o no)	
Padre							
Madre							
Hermanos							
Hermanos							

EsSALUD

INFORMACION ACADEMICA

Estudios : Marcar con una "X" la casilla correcta y completar

		Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Carrera Profesional	Grado / Nivel alcanzado
Primaria Incompleta	Primaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Técnica Incompleta	Técnica Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Universitaria Incompleta	Universitaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____

INFORMACION ACADEMICA - ESPECIALIDAD

Estudios : Indicar estudios de Post-grado.

Estudios de Post-grado	Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Nivel alcanzado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EXPERIENCIA LABORAL

ANTECEDENTES LABORALES	EMPRESA 1	EMPRESA 2	EMPRESA 3
Institución/empresa	_____	_____	_____
Cargo	_____	_____	_____
Tiempo laborado	_____	_____	_____
Ultima remuneración (monto en soles)	_____	_____	_____
Modalidad (permanente, fijo, otros)	_____	_____	_____
Motivo de retiro (renuncia, cese, no renovacion, otros)	_____	_____	_____
Fecha de Inicio de Contrato	_____	_____	_____
Fecha de Fin de Contrato	_____	_____	_____
Jefe Inmediato	_____	_____	_____
Dirección	_____	_____	_____
Teléfono	_____	_____	_____

DATOS DE SALUD

Alergias:

BETALACTAMICOS SI NO
 penicilina - Cefalosporinicos)
 ANALGESICOS - ANITI-INFLAMATORIOS
 (Kerololaco-Diclofenaco-Ibuprofeno)
 OTRAS ALERGIAS: _____

Enfermedades:

DIABETES SI NO
 HIPERTENSION ARTERIAL SI NO
 ASMA SI NO
 EPILEPSIA SI NO

Medicamentos:

Indique que medicamentos toma actualmente: _____

OTRAS: _____

Grupo Sanguineo: _____

Registre información adicional que considere importante en relación a su salud: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Las siguientes preguntas están orientadas a conocer si ud. tiene o ha tenido algún problema con la Justicia.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted registra Antecedentes Policiales? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | 2. ¿Ud. registra Antecedentes Penales? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Usted registra Antecedentes Judiciales? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | 4. ¿Ud. Tiene abierto algún proceso en el Ministerio Público? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

DECLARACION JURADA :

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones, antes expresada que nada he ocultado, omitido o disimulado, siendo el único responsable de la información remitida; y autorizo a que sean investigados para los fines que la Municipalidad de San Martín de Porres convenga. Asimismo, declaro que actualmente no cuento con contrato vigente con ninguna Institución del Estado, bajo ninguna modalidad contractual. (Salvo labor docente). De otro lado, autorizo para que se me notifique cualquier documento o decisión que emita la MDSMP al correo electrónico consignado (Art. 20, 20.4 Ley N° 27444). Finalmente me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio en los datos que he declarado en el presente documento; asumiendo la responsabilidad que su omisión genere.

_____ Apellidos y Nombres

_____ Firma



Huella digital



MUNICIPALIDAD DISTRITAL
DE SAN MARTÍN DE PORRES
SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

CARTA DE PRESENTACIÓN

San Martín de Porres _____ de _____ del 2020

Señores

PRESIDENTE DEL COMITÉ EVALUADOR

PROCESO DE CONVOCATORIA CAS

Presente.-

Asunto: **Proceso de convocatoria CAS N° _____** (Obligatorio)

(puedes verlo en la pestaña de la web institucional en "N° DE CONVOCATORIA)

De mi consideración

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ domiciliado en _____ me presento como postulante al proceso de contratación administrativa de servicios de la **Gerencia o Sub Gerencia** de _____ con **N° CONVOCATORIA CAS _____** en el cargo de _____ regulada por el Decreto Legislativo N°1057 y su reglamento aprobado con el D.S N°075-2008-PCM.

Atentamente,

DNI: _____





MUNICIPALIDAD DISTRITAL
DE SAN MARTÍN DE PORRES
SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO 01

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTOS DE CONTRATAR CON LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTÍN DE PORRES

Por la presente el/la suscrito/a con D.N.I N°
....., domiciliado/a en

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, no me encuentro impedido/a para contratar y desarrollar mis funciones dentro de los alcances de las normas legales vigentes, al no estar comprendido en las incompatibilidades siguientes:

1. No tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio, que laboren en la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres, sean estos funcionarios de dirección y/o personal de confianza, que puedan ejercer facultad de nombramiento y contratación de personal.
2. No percibir ninguna otra remuneración, ni pensión alguna por parte del estado, aparte del que recibo como contratado del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057, su Reglamento aprobado por Decreto Legislativo N° 1057, su reglamento y normas complementarias.
3. No estar comprendido/a dentro de los alcances de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-200-PCM (NEPOTISMO).
4. No haber sido sancionado/a con destitución.
5. No estar incurso en las prohibiciones contenidas en el Art. 8° de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
6. No haber sido despedido/a por razones de conducta o incumplimiento de obligaciones laborales, ni ser parte en procesos judiciales y/o penales seguidos con la Municipalidad de San Martín de Porres.
7. No haber renunciado al Estado con programa de incentivos, ni contar con alguna otra incompatibilidad establecida por ley para contratar con el Estado.

Que, en caso contrario me hago acreedor a las sanciones que imponen los dispositivos legales correspondientes, en de lo cual, firmo la presente en original y/o copia simple.

San Martín de Porres de 2020

Firma y Huella Digital

D.N.I N°





MUNICIPALIDAD DISTRITAL
DE SAN MARTIN DE PORRES
SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO 02

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER VINCULO DE PARENTESCO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSAGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD O VINCULO CONYUGAL CON FUNCIONARIOS O REGIDORES DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTIN DE PORRES

Yo..... Con D.N.I N°..... R.U.C
N°..... Domiciliado (a) en.....,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) No tener vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o vínculo conyugal con funcionarios de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

Que, en caso de omitir la identificación de parientes en la corporación edil, me hago acreedor/a de las sanciones administrativas, civiles y penales que imponen los dispositivos legales correspondientes, en de lo cual, firmo la presente en original y/o copia simple.

San Martín de Porres..... de.....2020

Firma y Huella Digital.....

D.N.I N°.....

Grados:

- **Consanguinidad:**
 - 1° Grado: Padres e hijos.
 - 2° Grado: Abuelos, nietos, hermanos entre sí.
 - 3° Grado: Tíos o sobrinos.
 - 4° Grado: Primos-hermanos entre sí.
- **Afinidad:**
 - 1° Grado: Esposo (a), Suegro (a), Cuñado (a).





MUNICIPALIDAD DISTRICTAL
DE SAN MARTIN DE PORRES
SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO 03

DECLARACIÓN JURADA DE DIRECCIÓN DOMICILIARIA, PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES

Yo..... identificado con D.N.I
N°..... declaro bajo juramento que mi domicilio actual se única en
..... distrito de..... provincia
de..... Departamento de.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO REGISTRO ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES.

Por lo antes indicado, dejo constancia que los datos consignados en el presente documento son ciertos y tengo pleno conocimiento de las sanciones establecidas a las que me haré acreedor/a en caso de haber anotado información falsa.

En tal sentido y para mayor constancia, firmo la presente.

San Martín de Porres..... de.....2020

Firma.....

Nombre.....

D.N.I N°.....





MUNICIPALIDAD DISTRICTAL
DE SAN MARTIN DE PORRES
SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO 04

DECLARACIÓN JURADA DE NO ADEUDO POR PENSIONES ALIMENTICIAS

(Artículo 8° de la Ley N° 28970 y Artículo 11° del Decreto Supremo N° 002-2007-JUS)

APELLIDOS:.....

NOMBRES:.....

DNI N°:.....

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:.....

DISTRITO:..... PROVINCIA:..... DEPARTAMENTO:.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, no me encuentro considerado judicialmente como Deudor/a Alimentario Moroso; en consecuencia, no estoy inscrito en el Registro de Deudores/as Alimentarios Morosos, REDAM, del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad contemplado en el Numeral 1.7 del artículo IV y artículo 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad, como asimismo, aceptaré la procedencia de la nulidad del contrato.

San Martín de Porres..... de.....2020

Firma.....

Nombre.....

D.N.I N°.....





MUNICIPALIDAD DISTRICTAL
DE SAN MARTIN DE PORRES
SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO 05

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN POR PARTE DEL ESTADO PERUANO

Yo,identificado con DNI

N° domiciliado en

.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que no me encuentro impedido para contratar y desarrollar mis funciones en esta Municipalidad Distrital dentro de los alcances de las normas legales vigentes al NO PERCIBIR DOBLE REMUNERACIÓN, ni pensión alguna por parte del estado, aparte del que recibiré como contratado del Régimen Especial del Decreto Legislativo N°1057.

En caso de **PERCIBIR DOBLE REMUNERACIÓN** o simultánea pensión, dieta u otro, detallar lo siguiente:

Monto de pensión mensual: _____

Monto de remuneración mensual bajo régimen CAS: _____

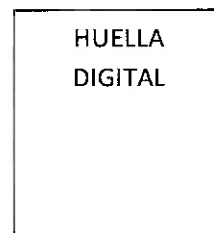
Monto de dieta: _____

Monto de emolumento: _____

San Martín de Porresde

Firma:

DNI N°:





MUNICIPALIDAD
MUNICIPALIDAD DISTRITAL
DE SAN MARTIN DE PORRES
SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO 06

DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo; identificado con DNI N° y domiciliado en, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, DECLARO bajo juramento que:

- GOZO DE BUENA SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL Y NO PADEZCO NINGUNA ENFERMEDAD INFECTO – CONTAGIOSA**
- NO GOZO DE BUENA SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL Y PADEZCO DE ENFERMEDADES INFECTO – CONTAGIOSAS**

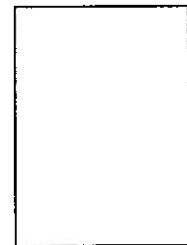
De ser afirmativo, especifique y detalle que es lo que padece:
.....
.....
.....

De este modo, dejo constancia con mi firma y huella digital para efectos de postular al Proceso de Convocatoria CAS-2020 de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

San Martín de Porres,..... de..... del 2020

.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL





MUNICIPALIDAD DISTRICTAL
DE SAN MARTÍN DE PORRES
SUB GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO 07

DECLARACIÓN JURADA DE SER PERSONA CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

Yo; identificado con **DNI N°**
..... y domiciliado en, en
pleno uso de mis facultades físicas y mentales, DECLARO bajo juramento de:

NO TENGO CONDICIÓN DE SER PERSONA CON DISCAPACIDAD

TENGO CONDICIÓN DE SER PERSONA CON DISCAPACIDAD

De ser afirmativo, especifique y detalle que discapacidad tiene:

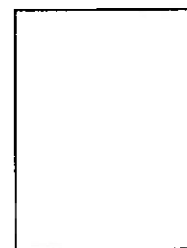
.....
.....
.....

De este modo, dejo constancia con mi firma y huella digital para efectos de postular al Proceso de Convocatoria CAS-2020 de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

San Martín de Porres,..... de..... del 2020

.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL

