



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**GERENCIA SUB REGIONAL JAEN**  
**CAS N° 03-2020-GR.CAJ/GSRJ**  
“Año de la Universalización de la Salud”



## **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO POSTULANTE**

**Señor**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE LA CONVOCATORIA CAS N° 001-2020-GSRJ.**

**Presente. -**

Yo,

Identificado con  
Identidad N°

Mediante la presente solicito se me considere para participar en el proceso **CAS N° 003-2020-GSRJ**, convocado por la Gerencia Sub Regional Jaén. Para lo cual declaro que cumple íntegramente con los requisitos del perfil establecido en las Bases de las bases del presente proceso y que adjunto a la presente mi expediente contenido en un folder manila con la documentación solicitada.

<b>Código de la Plaza</b>	<b>Denominación del Puesto</b>	<b>N° folios</b>

Mi disponibilidad para incorporarme a la Gerencia Sub Regional Jaén es inmediata.

Sin otro particular quedo de usted.

Jaén, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante

DNI. N°: \_\_\_\_\_

Huella digital del declarante

<b>Indicar marcando con una aspa (x):</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Licenciado de las Fuerzas Armadas</b>		
<b>Adjunta Certificado de Incapacidad</b>		
<b>Deportista Calificado de alto nivel</b>		



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**GERENCIA SUB REGIONAL JAEN**  
**CAS N° 03-2020-GR.CAJ/GSRJ**  
“Año de la Universalización de la Salud”



**ANEXO N° 01**  
**(Presentación Obligatoria)**

Logo Entidad	<b>FICHA DE POSTULANTE DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES</b>	Código Formato
--------------	---	----------------

**DATOS LABORALES**

CÓDIGO	NOMBRE DEL PUESTO	ÓRGANO
UNIDAD ORGÁNICA	JEFE DIRECTO	PUESTO DEL JEFE DIRECTO

**DATOS PERSONALES**

Documento Identidad	APELLIDOS Y NOMBRES			GÉNERO
DNI	Carnet Extranjería			M F
DIRECCIÓN			DISTRITO	
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	REFERENCIA DIRECCIÓN		
FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		LUGAR DE NACIMIENTO (Distrito / Provincia / Departamento)	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	
TELÉFONO DOMICILIO	TELÉFONO CELULAR 1	TELÉFONO CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL ALTERNATIVO	
CONADIS	Nº Carnet / Código	FUERZAS ARMADAS	Nº Carnet / Código	

ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA (AJUSTE RAZONABLE), DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN:

  
  

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO:  
(AA años y MM meses)

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO:  
(AA años y MM meses)

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

Nivel educativo	Grado académico obtenido	Nombre de la Carrera, Maestría/Doctorado	AÑO		Centro de estudios
			Desde	Hasta	
Primaria					
Secundaria					
Técnica básica (1 a 2 años)					
Técnica superior (3 a 4 años)					
Universitario					
Maestría					
Doctorado					
Otros (Especificar)					

**COLEGIATURA**

Colegio Profesional:			Número de colegiatura:	
----------------------	--	--	------------------------	--

Condición a la fecha:

¿Habilitado?

Si

No

¿Inhabilitado?

Motivo:

**IDIOMAS Y/O DIALECTOS**

(procesador de textos, hojas de cálculo, programas de presentaciones, otros) :

Idioma/dialecto	(Marque con una "X" el nivel alcanzado)		
	Básico	Intermedio	Avanzado

  

Conocimiento	(Marque con una "X" el nivel alcanzado)		
	Básico	Intermedio	Avanzado



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**GERENCIA SUB REGIONAL JAEN**  
**CAS N° 03-2020-GR.CAJ/GSRJ**  
“Año de la Universalización de la Salud”



ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN					
Tipo de Estudio	Nombre del Curso / Diplomado / Programa de Especialización	Período de Estudios (fecha o AAAA/MM)		Horas	Centro de estudios
		Inicio	Fin		

**EXPERIENCIA LABORAL**

(completar desde el último trabajo o trabajo actual)

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales

Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

**Funciones Principales**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales

Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

**Funciones Principales**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

*Declaro que la información proporcionada respecto a lo requerido por el perfil del puesto es verdadera y podrá ser verificada por la entidad.*

Fecha:

Firma del Postulante



**ANEXO N° 02**  
(Presentación Obligatoria)

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACION VIGENTE EN EL  
RNSDD**

Yo,....., con ..... con ..... Identidad ..... No.  
....., domicilio ..... legal ..... en  
....., del ..... Distrito  
de....., Provincia....., Región ..... ; Que, al amparo del Artículo 41º de la Ley No. 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y en aplicación del principio de la Presunción de la veracidad, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO (\*).

Jaén, ..... de.....del 2020.

\_\_\_\_\_

Firma del Postulante

DNI. N°: \_\_\_\_\_

Huella digital del declarante

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero del 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° 03**  
(Presentación Obligatoria)

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE OBLIGACION ALIMENTARIA**  
(LEY N° 28970)

APELLIDOS Y NOMBRES:.....

DOC.IDENTIDAD. N°..... ESTADO CIVIL: .....

DIRECCIÓN DOMICILIARIA:.....

Distrito: ..... Provincia: ..... Departamento (Región): .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que **no tengo deuda 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 mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos**, que hayan ameritado la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.

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 N° 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificar su falsedad

Jaén,.....de.....del 2020

Firma del Postulante

DNI. N°: \_\_\_\_\_

Huella digital del declarante



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**GERENCIA SUB REGIONAL JAEN**  
**CAS N° 03-2020-GR.CAJ/GSRJ**  
“Año de la Universalización de la Salud”



**ANEXO N° 04**

(Presentación Obligatoria)

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

Conste por el presente que el (la) Señor(a),....., con Doc.

Identidad No. ...., con domicilio legal en  
....., del Distrito de.....,

Provincia....., Región .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:**

**SI** cuento con pariente(s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, o segundo de afinidad y/o conyuge: (PADRE, MADRE, HIJOS- TIO- SOBRINO – PRIMO – NIETO – SUEGRO - CUÑADO), que laboran en la GERENCIA SUB REGIONAL JAEN; según el siguiente detalle:

FILA	PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO DEL PARIENTE	DEPENDENCIA/OFICINA	CARGO

**NO** cuento con pariente(s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, o segundo de afinidad y/o conyuge: (PADRE, MADRE, HIJOS- TIO- SOBRINO – PRIMO – NIETO – SUEGRO - CUÑADO), que laboran en la GERENCIA SUB REGIONAL JAEN; según el siguiente detalle:

Jaén, ..... de.....del 2020.

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante

DNI. N°: \_\_\_\_\_

Huella digital del declarante



**ANEXO N° 05**  
(Presentación Obligatoria)

**DECLARACIÓN JURADA  
ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y DE BUENA SALUD**

Yo, ..... con ..... con Doc. Identidad No.  
....., con domicilio legal en  
.....del Distrito de.....,

Provincia....., Región ..... ; Que, al amparo por el Artículo 41º de la Ley No. 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y en aplicación del principio de la Presunción de la veracidad, **DECLARO BAJO JURAMENTO que:**

1. No Registro antecedentes Policiales, Judiciales
2. No Registro antecedentes Penales.
3. No registro deudas por concepto de reparaciones civiles
4. Gozo de buena salud.

Declaro bajo juramento, 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 los artículos 411º y 438º del Código Penal, que establece: "... será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de uno ni mayor de 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad y para aquellos que cometen falsedad, simulando, o alterando la verdad."

En fe de lo afirmado, suscribo la presente declaración jurada.

Jaén, ..... de.....del 2020.

\_\_\_\_\_

Firma del Postulante

DNI. N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Huella digital del declarante



**ANEXO N° 06**  
(Presentación Obligatoria)

**DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON PROCESOS  
ADMINISTRATIVOS SANCIONADORES VIGENTES**

Yo,....., con ..... Doc. ..... Identidad ..... No.  
....., con ..... domicilio ..... legal ..... en  
....., del ..... Distrito  
de....., Provincia....., Región ..... ;, **DECLARO BAJO  
JURAMENTO:**

- No contar con PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONADOR vigente.

Jaén, ..... de.....del 2020.

---

Firma del Postulante

DNI. N°: \_\_\_\_\_

Huella digital del  
declarante