

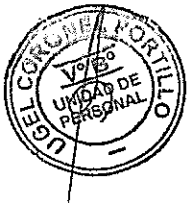
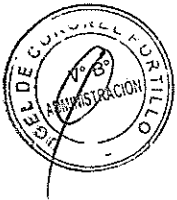


"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

ANEXOS



- ANEXO N° 01: Declaración Jurada de no estar inhabilitado para contratar con el estado.
- ANEXO N° 02: Formato Estándar de Hoja de Vida
- ANEXO N° 03 : Formato de Etiqueta de Presentación de Sobres.





"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PROCESO DE SELECCIÓN**

CAS N° \_\_\_\_\_ -2020-GRU/DREU/UGEL



**DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN DE UCAYALI**

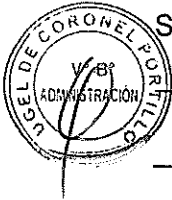
**UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL**  
 DE.....

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_

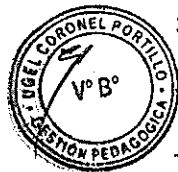


Domiciliado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ Jr. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Provincia

\_\_\_\_\_ ; 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 N° 01  
 DECLARACIÓN JURADA 1-A



DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO  
 PARA CONTRATAR CON EL ESTADO

Señor :

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°.....-2020-GRU/DREU (\*), para la Contratación Administrativa de Servicios de..... (\*), y declara bajo juramento:

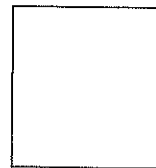
1.- No tener impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el Estado:

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 N° 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 (\*)



**DECLARACIÓN JURADA 1-B**

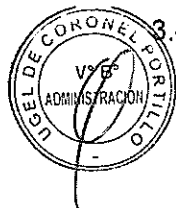


Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a)  
 con D.N.I. N° \_\_\_\_\_ y con domicilio  
 \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_

DECLARO BAJO JURAMENTO:

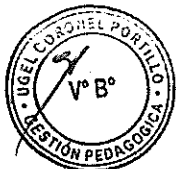


- 1.- Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 2.- Acreditar buen estado de salud.



- 3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta, a efectos del presente proceso de selección.

Pucallpa, ..... de ..... de 20.....



.....

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos

\_\_\_\_\_

N° D.N.I.:





ANEXO N° 02

**FORMATO ESTÁNDAR DE HOJA DE VIDA**

(Llenar obligatoriamente a computadora)



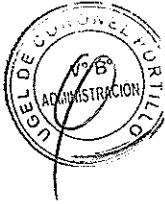
**I. DATOS PERSONALES. -**

\_\_\_\_\_  
 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.





Gobierno Regional de Ucayali  
 Dirección Regional de Educación de Ucayali  
 Unidad de Gestión Educativa Local de Coronel Portillo  
 Área de Gestión Pedagógica



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

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.*

.....

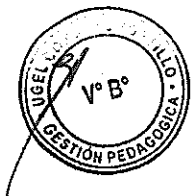
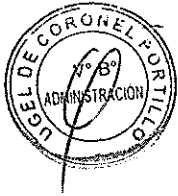
Firma

\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos

\_\_\_\_\_

Nº D.N.I.:

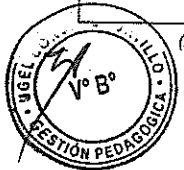




"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

## 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<br>(Mes/Año) | Ciudad / País |
|----------------------------|--------------------|--------------|------------|---------|--|---------------|
| DOCTORADO                  |                    |              |            |         |  |               |
| MAESTRIA                   |                    |              |            |         |  |               |
| POSTGRADO                  |                    |              |            |         |  |               |
| LICENCIATURA               |                    |              |            |         |  |               |
| BACHILLER                  |                    |              |            |         |  |               |
| TÍTULO TÉCNICO             |                    |              |            |         |  |               |
| ESTUDIOS BÁSICOS REGULARES |                    |              |            |         |  |               |

(Agregue más filas si fuera necesario)



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

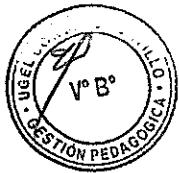
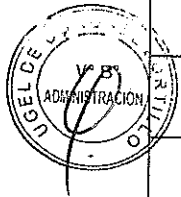
**II. 1. Estudios complementarios: cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc.**



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).

| Nivel<br>(Cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc.) | Centro de Estudios | Tema | Inicio | Fin | Duración (Horas) |
|--|--------------------|------|--------|-----|------------------|
|  |                    |      |        |     |                  |
|  |                    |      |        |     |                  |
|  |                    |      |        |     |                  |
|  |                    |      |        |     |                  |
|  |                    |      |        |     |                  |

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







"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

### 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 |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|
|                                |                   |                                   |                            |                         |                    |
|                                |                   |                                   |                            |                         |                    |



**GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI  
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN DE UCAYALI  
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL DE CORONEL PORTILLO  
ÁREA DE GESTIÓN PEDAGÓGICA**



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

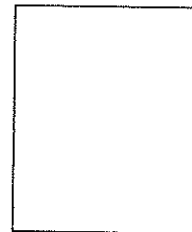
*(Todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente, agregue más filas si fuera necesario)*

**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 (\*)