



"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 _____ 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:

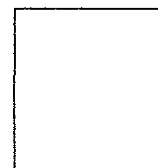
1.- No tener impedimento para participar en el proceso de selección ni para contratar con el Estado:

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:

_____ 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 (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 (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)



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



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

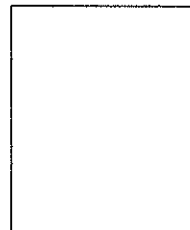
(Todos los campos deberán ser llenados obligatoriamente, agregue más filas si fuera necesario)

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 (*)

.....