



**ANEXO N° 01
CARTA DE PRESENTACIÓN**

SOLICITO: INSCRIPCIÓN PARA PARTICIPAR DEL PRIMER PROCESO DE SELECCIÓN CAS-01-2021-MPI

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN EVALUADORA DEL PRIMER PROCESO DE SELECCIÓN CAS – 2021.

Yo,

.....,
con dirección domiciliaria en

....., identificado con DNI N°....., con Celular N°....., ante usted respetuosamente digo:

Que, enterado de los requisitos y condiciones que establece la Convocatoria a Concurso CAS N° 001-2021-MPI, publicada en su página Web de la entidad solicito a Usted, mi inscripción y por lo tanto considerarme como postulante para el cargo de solicitada por el Área de

para lo cual adjunto mi expediente y los requisitos solicitados que consta de Folios.

POR LO TANTO:

Solicito a usted admitir mi inscripción en el presente concurso CAS.

Ilo,..... de de 2021.

Nombre.....

Firma.....



**ANEXO N° 02
DECLARACIÓN JURADA DE ACEPTACIÓN DE LAS BASES DEL PROCESO DE
SELECCIÓN**

Por el presente documento,

Yo.....
identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N°, al amparo de lo dispuesto por los artículos 49°, 50° y 51° del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** conocer, aceptar y someterme a todas las reglas, condiciones y procedimientos, establecidos en las Bases y en la Convocatoria del Proceso de Selección, para la contratación de personal bajo el contrato administrativo de servicios en la Municipalidad Provincial de Ilo.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que, si lo declarado es falso, estaré sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé una pena privativa de la libertad de hasta cuatro (04) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

AUTORIZO para la **notificación** de todo acto procedente del presente concurso, se realice a mi **correo electrónico cuenta de GMAIL**;

del cual asumo la responsabilidad para su verificación diaria.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha.....

Firma.....



**ANEXO 3 - DECLARACIÓN JURADA DE FAMILIARES PARA PREVENCIÓN DE NEPOTISMO
(Memorandum N° 020-2002-A-MPI)**

YO, _____ identificado con DNI N° _____ domiciliado en _____ en mi condición de postulante, servidor, funcionario, regidor de la Municipalidad Provincial de Ilo, declaro bajo juramento los datos que corresponde a los siguientes familiares:

I. DATOS DE MIS PADRES

| NOMBRES Y APELLIDOS | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS DE MIS PADRES | | HERMANOS |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|----------|
| PADRE: | | 1. | | 3. |
| MADRE: | | 2. | | 4. |

II. DATOS DE MI CONYUGE

| NOMBRE Y APELLIDO | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | NOMBRE Y APELLIDO DE LOS HERMANOS DE MI CONYUGE | |
|-------------------|-----------------------------|---|----|
| | | 1. | 3. |
| | | 2. | 4. |

III. DATOS DE MIS HIJOS

| NOMBRES Y APELLIDOS | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DE MIS HIJOS | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |
|---------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

IV. DATOS DE MIS HERMANOS

| NOMBRES Y APELLIDOS | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONYUGE DE MIS HERMANOS | NOMBRE DE LOS HIJOS DE MIS HERMANOS | |
|---------------------|-----------------------------|--|-------------------------------------|----|
| 1. | | | 1. | 3. |
| | | | 2. | 4. |
| 2. | | | 1. | 3. |
| | | | 2. | 4. |
| 3. | | | 1. | 3. |
| | | | 2. | 4. |
| 4. | | | 1. | 3. |
| | | | 2. | 4. |

Llenar los datos con letra imprenta, de faltar espacio, utilizar el reverso de la hoja consignar datos completos.

Ilo,..... dedel 2021.

Firma.....



ANEXO 4
DECLARACIÓN JURADA DE CONDICIÓN DE SALUD PARA EL TRABAJO
FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19

Yo,....., identificado con DNI N°....., con Teléfono Celular N°, domicilio real en, distrito de, provincia de, departamento de DECLARO BAJO JURAMENTO, que la siguiente información personal (datos personales, antecedentes de viaje y estado actual de salud) proporcionado a la Municipalidad Provincial de Ilo, es veraz en todo su contenido. En caso de no resultar cierta, acepto estar incurriendo en el Delito de Falsedad y, conforme a lo establecido por el Código Penal, seré denunciado ante la autoridad competente por el delito Contra la Salud Pública.

Que en el marco de lo previsto por la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA, N° 265-2020-MINSA y N° 283-2020-MINSA, DECLARO BAJO JURAMENTO, NO pertenecer Antecedentes y estado actual de salud:

1. ANTECEDENTES MÉDICOS

- a) MAYOR DE 65 AÑOS SI () NO ()
b) HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA SI () NO ()
c) ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR GRAVE SI () NO ()

(Indicar diagnóstico y tratamiento actual)

- d) CÁNCER SI () NO ()

(Indicar tipo de Cáncer y tratamiento actual)

- e) DIABETES MELLITUS SI () NO ()
f) ASMA MODERADA O GRAVE SI () NO (). ESPECIFICAR:.....
g) ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA SI () NO ()
h) INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS SI () NO ()
i) ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR SI () NO ()
j) ENFISEMA SI () NO ()
k) OBSTRUCTIVA PULMONAR SI () NO ()
l) OBESIDAD CON IMC DE 40 A MÁS SI () NO ()
m) OTROS GESTACIÓN SI () NO ()
n) OTRA CONDICIÓN MÉDICA

- o) RIESGO DENTRO DEL ENTORNO FAMILIAR

- 1. ÚLTIMOS 14 días previos lugar de residencia especifique el nombre del (País/Departamento/Provincia/Distrito):
2. Los últimos 14 días previos he visitado (País/Departamento/Provincia/Distrito): NO () SI (); de haber marcado si, especifique el nombre del (País/Departamento/Provincia/Distrito):
3. Contacto con enfermos diagnosticados de COVID -19. NO () SI ()
4. Actualmente, NO () SI () tengo los siguientes signos y síntomas: fiebre, tos, dolor de garganta y dificultad respiratoria; de haber marcado SI, especifique cuál: y desde hace cuántos días:



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE ILO

5. NO () SI () tengo alguna enfermedad crónica; de haber marcado SI, especifique cuál:
....., y desde cuándo (en años):
.....
6. Asimismo, al ser ganador del puesto laboral al que postulo, ME COMPROMETO Y ACEPTO cumplir estrictamente con el protocolo establecido por la Municipalidad Provincial de Ilo, así como, ACEPTO CONOCER PLENAMENTE, que, en caso de incumplimiento, vulneración de las reglas y condiciones establecidas, seré denunciado ante la autoridad competente por el delito Contra la Salud Pública conforme lo establecido el Código Penal.

Ilo,..... dede 2021.

Nombre.....

Firma.....



ANEXO N° 05

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES NI JUDICIALES

Por el presente documento, el (la) que suscribe,
....., Identificado(a) con D.N.I.
N°....., con domicilio en.....del
Distrito de....., Provincia de.....Departamento
de.....

DECLARO BAJO JURAMENTO

NO REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES NI JUDICIALES.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos –Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, en concordancia con el artículo 34° del Decreto Supremo N° 04-2019-JUS, TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Firma.....

Lugar y fecha.....



ANEXO N° 06

DECLARACIÓN JURADA

Por el presente documento, el (la) que suscribe,
Identificado(a) con D.N.I.
 N°....., con domicilio
 del Distrito de,
 Provincia....., Departamento de **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo
 siguiente:

- No haber sido destituido durante los últimos cinco (05) años antes de la postulación.
- No haber sido condenado por delito doloso con resolución firme y vigente al momento de la postulación.
- No tener impedimento o incompatibilidad para laborar al Servicio del Estado y no percibir otros ingresos del Estado.

Asimismo, manifiesto 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 el artículo 411° del Código Penal.

Firma.....

Lugar y fecha.....



**ANEXO Nº 07
DECLARACIÓN JURADA**

REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM

Por el presente documento, el (la) que suscribe,

 Identificado(a) con D.N.I. Nº....., con domicilio
 en.....
 del Distrito de,
 Provincia
 de.....,
 Departamento de.....; en virtud a lo dispuesto en
 el artículo 8º de la Ley Nº 28970, que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos,
 concordante con el artículo 11º de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 002-2007-
 JUS; al amparo de lo dispuesto por los artículos 49º, 50º y 51º del Decreto Supremo Nº 004-2019-
 JUS, TUO de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio
 de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Estar registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM SI **NO**

Asimismo, manifiesto 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 el artículo 411º del Código Penal.

Firma.....

Lugar y fecha.....



ANEXO Nº 08

HOJA RESUMEN DEL POSTULANTE

La información consignada en la hoja de resumen tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante es responsable de la veracidad de la información que se presenta por lo que la Municipalidad Provincial de Ilo podrá solicitar el sustento documental de la misma.

| I. DATOS PERSONALES | | | | |
|---|--------------------------|---|-----------------------------------|--------------|
| APELLIDOS | | | | |
| NOMBRES | | | | |
| DNI | | | | |
| TELEFONO/CELULAR | | | | |
| CORREO ELECTRONICO | | | | |
| RUC | | | | |
| ESTADO CIVIL | | | | |
| REGIMEN DE PENSIONES | | | | |
| II. DATOS ACADEMICOS (*) | | | | |
| TITULO O GRADO | ESPECIALIDAD | FECHA DE EXPEDICION DEL TITULO (mes/año) | UNIVERSIDAD /INSTITUTO | FOLIO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| III. EXPERIENCIA LABORAL Y /O PROFESIONAL | | | | |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA | CARGO DESEMPEÑADO | FECHA DE INICIO (mes/año) | FECHA DE TERMINO (mes/año) | FOLIO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| IV. CAPACITACION(**) | | | | |
| CERTIFICADO O TITULO | INSTITUCION | FECHA DE INICIO Y TERMINO | HORAS LECTIVAS | FOLIO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| V. BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD O FUERZA ARMADA(**) | | | | |
| | | | | |



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE ILO

DISCAPACIDAD.....

FUERZA
ARMADA.....

(*) Si no tiene título, especificar si: Está en trámite, es egresado, estudio en curso.

(**) Si no tiene datos que precisar en los puntos IV y V consignar la palabra "NO"

Firma y Huella.....

Lugar y fecha