**(Anexo 02)**

**DECLARACION JURADA DE FORMATO HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE**

(el llenado del presente anexo debe guardar estricta relación con los documentos sustenta torios)

**PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL N° 001 – 2025 D.L. 276/MDCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **PUESTO AL QUE POSTULA** |   |
| **ENTIDAD** |  |

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
| **EDAD** | **ESTADO CIVIL** | LUGAR DE NACIMIENTO | FECHA DE NACIMIENTO |
|  |  | **DEPARTAMENTO / PROVINCIA** | DISTRITO | (DÍA) | (MES) | (AÑO) |
|  |  |  |  |  |  |
| **SEXO** | **DOCUMENTOS** |
| **F** | **M** | **N° DNI** | **N° RUC** |
|  |  |  |  |
| **DOMICILIO ACTUAL** |
| **DIRECCIÓN** | **DPTO** | **PROVINCIA** | **DISTRITO** | **N°/ LT/MZ** |
|  |  |  |  |  |
| **TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO** |
| **FIJO** | **CELULAR** | **DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO** |
|  |  |  |

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA UNIVERSITARIA Y/O TÉCNICA** (Señale la especialidad y el nivel académico máximo que haya obtenido)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | **GRADO ACADÉMICO** | **PROFESIÓN O ESPECIALIDAD** | **MES /AÑO** | **AÑOS DE ESTUDIO** |  |
| **DESDE** | **HASTA** | **FOLIO Nº del… al…** |
| **FORMACIÓN UNIVERSITARIA** |  |  |  |  |  |  |  |
| **FORMACIÓN TÉCNICA** |  |  |  |  |  |  |  |
| **MAESTRÍA** |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |  |  |
| **OTROS ESTUDIOS (SECUNDARIOS, ETC)** |  |  |  |  |  |  |  |

* *Adicionar filas en caso de tener otros grados o títulos*

**INFORMACIÓN RESPECTO A COLEGIATURA DE SER EL CASO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COLEGIO PROFESIONAL** | **NRO. COLEGIATURA** | **CONDICIÓN****A LA FECHA** (1) | **FOLIO Nº****del… al…** |
|  |  |  |  |

1. Habilitado o No Habilitado
2. **CAPACITACIÓN** **REQUERIDA** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria. A partir del 2019 a la fecha. Se considerará la capacitación adicional al mínimo requerido.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACCIONES DE CAPACITACIÓN:****Curso / Taller / Diplomado / Conferencia / Seminario / Pasantía** | **INSTITUCIÓN** | **HORAS LECTIVAS** | **FOLIO Nº****del… al…** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL GENERAL:** De acuerdo a los requisitos señalados en el perfil del puesto.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **ORGANO / U. ORGANICA Y/O OTROS NIVELES** | **PUESTO Y/O CARGO** | **FECHA DE INICIO (día/mes/año)** | **FECHA DE TÉRMINIO (día/mes/año)** | **TIEMPO DE EXPERIENCIA (días/meses/años)****Según corresponda** | **FOLIOS (Doc. Sustenta torio)****Del…al…** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL EXPERIENCIA LABORAL** | **DIAS** |  |  |
| **MESES** |  |  |
| (\*) adicionar filas para en caso de tener mayor exp. laboral. |  | **AÑOS** |  |  |

## Nota: El tiempo de experiencia general y el total de experiencia general, deben computarse de acuerdo al documento probatorio; vinculación en un régimen laboral; (contratos y/o, certificados de trabajo y/o, boletas de pago y/o resolución de designación y cese); vinculación en contratos de naturaleza civil en el caso de prestación de servicios no personales (locadores, terceros, consultores u otras denominaciones), solo serán consideradas las Constancias de prestación de servicio, debidamente sustentados con las órdenes de servicios y/o contratos, (siempre que dejen constancia expresa del objeto del servicio realizado, la fecha de inicio y término del servicio.

1. **EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA:** De acuerdo a los requisitos señalados en el perfil del puesto.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **ORGANO / U. ORGANICA Y/O OTROS NIVELES** | **PUESTO Y/O CARGO** | **FECHA DE INICIO (día/mes/año)** | **FECHA DE TÉRMINIO (día/mes/año)** | **TIEMPO DE EXPERIENCIA (días/meses/años)****Según corresponda** | **FOLIOS (Doc. Sustenta torio)****Del…al…** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA** | **DIAS** |  |  |
| **MESES** |  |  |
| (\*) Adicionar filas para en caso de tener mayor exp. Laboral. |  | **AÑOS** |  |  |

## Nota: El tiempo de experiencia general y el total de experiencia general, deben computarse de acuerdo al documento probatorio; vinculación en un régimen laboral; (contratos y/o, certificados de trabajo y/o, boletas de pago y/o resolución de designación y cese); vinculación en contratos de naturaleza civil en el caso de prestación de servicios no personales (locadores, terceros, consultores u otras denominaciones), solo serán consideradas las Constancias de prestación de servicio, debidamente sustentados con las órdenes de servicios y/o contratos, (siempre que dejen constancia expresa del objeto del servicio realizado, la fecha de inicio y término del servicio..

## DATOS ADICIONALES:

|  |
| --- |
| **¿Declara su voluntad de postular en ésta convocatoria de manera transparente y de acuerdo a las condiciones señaladas por la Institución?** ( ) NO ( ) SI |

|  |
| --- |
| **¿Declara tener hábiles sus derechos civiles y laborales?**  ( ) NO ( ) SI |

|  |
| --- |
| **En aplicación a lo establecido por el artículo 48º de la Ley Nº 29973, Ley General de Personas con Discapacidad, responder si ¿Tiene algún tipo de discapacidad?:** ( ) NO ( ) SI (\*)   |
| (\*) De ser positiva su respuesta, *señale el tipo de discapacidad y registre el número de folio*: ……………………. |
| **Tipo: Folio**: |

|  |
| --- |
| **¿Se encuentra usted comprendido dentro del registro de deudores alimentarios morosos, de acuerdo a la** **Ley N° 28970?**   ( ) NO ( ) SI |

|  |
| --- |
| **Indique si es Licenciado de las Fuerzas Armadas.**  ( ) NO ( ) SI (\*)   |
| (\*) De ser positiva su respuesta, señale***el número de folio***: …………………. |

|  |
| --- |
| Fecha: |
|  |  |  |

 **FIRMA**

 **Huella digital**

**Nombres y Apellidos: ……………………………………………….**

**D.N.I. N° : ………………………………………………..**