**ANEXO Nº 01**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**I. DATOS PERSONALES:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

##### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar día mes año

**ESTADO CIVIL:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente)**: DNI PASAPORTE Nº \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una “x” el tipo):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avenida/Calle/Jirón Nº Dpto. / Int.

**URBANIZACIÓN**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISTRITO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVINCIA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CELULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### **CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COLEGIO PROFESIONAL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO N°**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ NO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

**LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SÍ NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

1. **ESTUDIOS REALIZADOS**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO O GRADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
| **(Mes / Año)** |
| DOCTORADO |  |  |  |  |  |
| MAESTRÍA |  |  |  |  |  |
| TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO |  |  |  |  |  |
| BACHILLER / EGRESADO |  |  |  |  |  |
| ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros) |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **FECHA**  **INICIO** | **FECHA**  **FIN** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO**  **(Mes / Año)** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
| 1º |  |  |  |  |  |  |  |
| 2º |  |  |  |  |  |  |  |
| 3º |  |  |  |  |  |  |  |
| 4º |  |  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la Secretaría Técnica del Consejo Fiscal tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

**APELLIDOS Y NOMBRES:**

**DNI:**

**FECHA:**

Huella Digital

---------------------------

Firma

**ANEXO Nº 02**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Actividades o Funciones efectuadas)

Yo, ………………………………………………………………………………………………, identificado (a) con DNI N° ……….…………, declaro bajo juramento que durante el tiempo de mi EXPERIENCIA LABORAL, la cual ha sido acreditada mediante documentos adjuntos, **efectúe las ACTIVIDADES o FUNCIONES siguientes:**

1. **Experiencia general:**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 2 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 3 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 4 |  | |  |  | |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **Experiencia específica en la función o la materia:**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 2 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 3 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 4 |  | |  |  | |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.**

1. **Experiencia en la función del sector público (en base a la experiencia requerida para el puesto señalada en la parte b):**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 2 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 3 | |  |  | |  |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |
| 4 |  | |  |  | |  |  |  |
| Actividades o funciones realizadas: | | | | | | | | |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.**

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la Secretaría Técnica del Consejo Fiscal tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

Lugar y fecha,.......................

|  |
| --- |
|  |

Huella Digital

---------------------------

Firma

**ANEXO N° 03**

### **DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Por la presente, yo ……………………………………………….... , identificado/a con DNI Nº ......................, declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSSC (\*)

|  |
| --- |
|  |

Lugar y fecha,.......................

Huella Digital

---------------------------

Firma

(\*) Mediante el Reglamento General de la Ley Nº 30057, Ley del Servicio Civil, Decreto Supremo Nº 040-2014-PCM, se aprobó el Registro de Sanciones contra Servidores Civiles. Se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSSC, 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° 04**

### **DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo………………………………………………...., identificado/a con DNI Nº......................, declaro bajo juramento **No tener deudas 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 mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

|  |
| --- |
|  |

Lugar y fecha,.......................

Huella Digital

---------------------------

Firma

**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)**

Conste por el presente que el (la) señor(ta) **………………………………** identificado (a) con D.N.I. N° ………………………con domicilio en …………………. en el Distrito de ……………..,

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA “X”, según corresponda):**

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE / HERMANO / HIJO / TIO / SOBRINO / PRIMO / NIETO / SUEGRO / CUÑADO), DE NOMBRE (S)

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

Quien (es) laboran en esta Unidad Ejecutora, con el (los) cargo (s) y en la Dependencia (s):

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE / HERMANO / HIJO / TIO / SOBRINO / PRIMO / NIETO / SUEGRO / CUÑADO), que laboren en esta Unidad Ejecutora.

Lugar y fecha,.....................

|  |
| --- |
|  |

---------------------------

Firma

Huella Digital

**ANEXO N° 6**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)**

Yo, ………………………………………………………………………………………………, identificado (a) con DNI N° ……………….………………,domiciliado en ………………………………………………………………………………………………………………….., declaro bajo juramento que:

* No registro antecedentes policiales.
* No registro antecedentes penales.
* No registro condena por delito doloso con sentencia firme.
* No registro sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por alguno de los delitos previstos en los artículos 382, 383, 384, 387, 388, 389, 393, 393- A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 y 401 del Código Penal o sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC).
* No registro inscripción en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECI).
* Gozo de buena salud.

Lugar y fecha,.......................

|  |
| --- |
|  |

Huella Digital

---------------------------

Firma

**ANEXO N° 7**

**DECLARACIÓN JURADA**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACIÓN DE ENTREVISTA PERSONAL**

Yo, ………………………………………………………………………………………………, identificado (a) con DNI N° ……………….………………,domiciliado en ………………………………………………………………………………………………………………….., postulante del proceso de selección Nº ……………………………….. después de haber sido informado (a) sobre el procedimiento de entrevista personal, doy el consentimiento voluntario para:

* Ser filmado y grabado durante la entrevista personal. Del mismo modo, durante cualquier fase del proceso de selección.
* El material audiovisual obtenido por medio de la entrevista queda bajo custodia en los archivos de la Secretaría Técnica del Consejo Fiscal, por un periodo de tres meses.

De acuerdo a la Ley Nº 29733, Ley de Protección de Datos Personales, la Secretaría Técnica del Consejo Fiscal adoptará medidas que garanticen la seguridad de la información y evite su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por el tiempo de custodia.

Lugar y fecha,.......................

|  |
| --- |
|  |

Huella Digital

---------------------------

Firma