(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.° 006-2026-HQ, PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL, BAJO EL RÉGIMEN LABORAL DEL DECRETO LEGISLATIVO N.° 276.

PLAZA 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

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

SERUMS	N° RESOLUCION SERUMS	FOLIO Nº del… al…
SI ☐ NO ☐		

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

TITULO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	GRADO ACADÉMICO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES /AÑO		AÑOS DE ESTUDIO	
				DESDE	HASTA		FOLIO Nº del… al…
Doctorado							
Maestria							
Título							
Bachiller							
Estudios Técnicos							
Secundaria							

- *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

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Informática					
Ofimática					

Idiomas					

3. 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…

4. 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. Sustentatorio) Del…al…
1							
2							
3							
4							
5							
(…)							
TOTAL EXPERIENCIA LABORAL					DIAS		
					MESES		
					AÑOS		

(*) adicionar filas para en caso de tener mayor exp. laboral.

Nota: El tiempo de experiencia general y el total de experiencia y específica, deben computarse de acuerdo al documento probatorio (contratos, certificados, órdenes de servicio, constancias de servicio) de manera exacta. Con la atingencia del numeral 8.3 literal a) segundo párrafo.

5. 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. Sustentatorio) 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 específica, deben computarse de acuerdo al documento probatorio (contratos, certificados, órdenes de servicio, constancias de servicio, boletas de pago) de manera exacta.

DATOS ADICIONALES:

¿Declara su voluntad de postular en esta 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° : ……..