



**ANEXO N° 01**



**SOLICITO:** INSCRIPCIÓN PARA EL PROCESO CAS N° ..... -2023

PUESTO DE: .....



**SEÑORITA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE ISLAY**

Yo, ....., identificado (a) con DNI N°  
....., Correo electrónico: ....., y con  
domicilio en....., ante usted,  
con el debido respeto, me presento y expongo:

Que, enterado(a) de la convocatoria, los requisitos y condiciones que establece el concurso CAS de la Unidad de Gestión Educativa Local de Islay, publicada en su página Web, solicito a usted mi inscripción y; por lo tanto, considerandome como postulante para el :

PUESTO DE.....de la  
INSTITUCION EDUCATIVA ..... Y/O SEDE DE LA UGEL ISLAY para el cual  
adjunto mi expediente sustentando con los requisitos que consta de ..... folios.

**POR LO TANTO:**

Solicito a usted aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

Mollendo,..... de .....de 2023

Firma : .....

**ANEXO N° 02**

**FICHA DEL POSTULANTE**

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
|--|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES                                    |  |
| DNI  |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>(día/mes/año)           |  |
| NRO. RUC ACTIVO  |  |
| DIRECCIÓN ACTUAL                                       |  |
| ESTADO CIVIL   |  |
| TELÉFONO CELULAR                                       |  |
| TELÉFONO FIJO  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO                                     |  |
| N° COLEGIATURA VIGENTE (Sólo si el puesto lo requiere) |  |
| MEDIO POR EL CUAL SE ENTERÓ DE LA CONVOCATORIA         |  |

**II. FORMACIÓN ACADÉMICA**

| NIVEL                         | CENTRO DE ESTUDIOS | ESPECIALIDAD | AÑO   |       | N° Folio de sustento<br>(sólo para la presentación La Evaluación Curricular) |
|-------------------------------|--------------------|--------------|-------|-------|--|
|                               |                    |              | DESDE | HASTA |  |
| Doctorado                     |                    |              |       |       |  |
| Maestría                      |                    |              |       |       |  |
| Licenciatura                  |                    |              |       |       |  |
| Bachiller                     |                    |              |       |       |  |
| Técnica Superior (3 a 4 años) |                    |              |       |       |  |
| Secundaria                    |                    |              |       |       |  |

**COLEGIATURA:**

|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| Colegio Profesional   |  | Condición a la fecha   |
| Número de Colegiatura |  | Habilitado <input type="checkbox"/><br>Inhabilitado <input type="checkbox"/> |



III. **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

| NIVEL (Cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc) | CENTRO DE ESTUDIOS | TEMA | AÑO   |       | DURACION |
|--|--------------------|------|-------|-------|----------|
|  |                    |      | DESDE | HASTA |          |
| Doctorado  |                    |      |       |       |          |
| Maestría   |                    |      |       |       |          |
| Licenciatura   |                    |      |       |       |          |
| Bachiller  |                    |      |       |       |          |
| Técnica Superior (3 a 4 años)  |                    |      |       |       |          |
| Secundaria   |                    |      |       |       |          |



IV. **ESTUDIOS INFORMÁTICOS:** De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado).

| INFORMÁTICA | BÁSICO | INTERMEDIO | AVANZADO | Nº Folio de sustento (Sólo para la presentación La Eva. Curricular) |
|-------------|--------|------------|----------|---|
| 1.          |        |            |          |   |
| 2.          |        |            |          |   |
| 3.          |        |            |          |   |

V. **ESTUDIO DE IDIOMAS:** (De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa (X) el nivel máximo alcanzado).

| IDIOMA | BÁSICO | INTERMEDIO | AVANZADO | Nº Folio de sustento (Sólo para la presentación La Eva. Curricular) |
|--------|--------|------------|----------|---|
| 1.     |        |            |          |   |
| 2.     |        |            |          |   |
| 3.     |        |            |          |   |

VI. **EXPERIENCIA LABORAL**

| SECTOR | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo Desempeñado | MES/AÑO |       | Nº de Folio |
|--------|--------------------------------|-------------------|---------|-------|-------------|
|        |                                |                   | DESDE   | HASTA |             |
|        |                                |                   |         |       |             |



Gerencia Regional de Educación

**"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"**



Unidad De Gestión Educativa Local  
Islay



| Publico | Privado |  |  |  |  |  |
|---------|---------|--|--|--|--|--|
|         |         |  |  |  |  |  |
|         |         |  |  |  |  |  |
|         |         |  |  |  |  |  |
|         |         |  |  |  |  |  |
|         |         |  |  |  |  |  |

**VII. BONIFICACION**

**BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS (Marque con un "X" la respuesta):**

| PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS   | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Usted es una persona licenciada de las Fuerzas Armadas y cuenta con la certificación correspondiente? |    |    |

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD (Marque con un "X" la respuesta):**

| PERSONA CON DISCAPACIDAD  | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la ley N°29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y cuenta con la acreditación correspondiente? |    |    |
| <b>Indique el tipo de Discapacidad.</b>   |    |    |
|   |    |    |

**BONIFICACIÓN POR SER DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO (Marque con un "X" la respuesta):**

| DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO   | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Usted es un deportista de alto rendimiento y cuenta con la documentación correspondiente? |    |    |

**OTROS DATOS:**

| DESCRIPCIÓN                           | SI | NO |
|---------------------------------------|----|----|
| ¿Actualmente se encuentra trabajando? |    |    |



Gerencia Regional de Educación

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



Unidad De Gestión Educativa Local  
Islay

|   |  |  |
|---|--|--|
| ¿Ha trabajado anteriormente en MINEDU/GRE/UGEL?           |  |  |
| ¿Tiene algún vínculo familiar laborando en la UGEL Islay? |  |  |

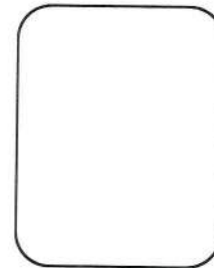
**Detalle:**



Declaro que la información proporcionada son verídicos, en caso de falsedad de lo manifestado, me someto a lo dispuesto en la Ley del Procedimiento Administrativo General, sin perjuicio de las responsabilidades que pudiera corresponderme por tal hecho.

Mollendo,..... de .....de 2023

Firma : .....



Huella Digital

ANEXO N° 03

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO - Ley N° 26771 D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_ al amparo del Principio de Presunción de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad o por razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar a la UGEL ISLAY

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure **ACTO DE NEPOTISMO**, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

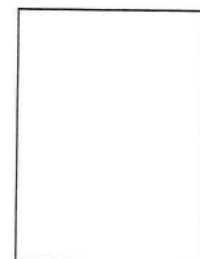
Declaro bajo juramento que en la UGEL ISLAY, laboran las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la relación o vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) o unión de hecho (UH), señalados a continuación.

| Relación | Apellidos | Nombres | Área de Trabajo |
|----------|-----------|---------|-----------------|
|          |           |         |                 |
|          |           |         |                 |
|          |           |         |                 |

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 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Mollendo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
Firma



Huella Digital

ANEXO N° 04

DECLARACIÓN JURADA DE PROHIBICIÓN DE PERCIBIR DOBLE INGRESO POR PARTE DEL ESTADO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_ y Departamento \_\_\_\_\_, de estado civil \_\_\_\_\_.

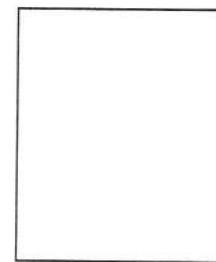
**DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

Que, **NO** percibo del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso, por ser incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, las únicas excepciones las constituyen la función docente y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas. <sup>1</sup>

Así mismo, declaro conocer que la falta de veracidad de lo manifestado llevará a las sanciones conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente, respecto al Código Penal y a la Ley de Procedimiento Administrativo General- Ley N° 27444.

Mollendo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA



Huella Digital

<sup>1</sup> Conforme a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público – Prohibición de doble percepción de ingresos.

ANEXO N° 05

**DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN PREVISIONAL**



Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con DNI/CE N° \_\_\_\_\_, con domicilio ubicado en \_\_\_\_\_, del distrito de \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_ departamento de \_\_\_\_\_, Declaro:

Me encuentro afiliado a algún régimen de pensiones:

| SI        | NO |
|-----------|----|
| Detallar: |    |

En el caso **NO** me encuentre en algún régimen, Elijo el siguiente régimen de pensiones:

|   |
|---|
| Sistema Nacional de Pensiones<br>D. L. N° 19990 |
|---|

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| Sistema Privado de Pensiones<br>D.L. N° 25897 | HABITAT   |  |
|   | HORIZONTE |  |
|   | INTEGRA   |  |
|   | PROFUTURO |  |
|   | PRIMA     |  |

En un plazo de cinco (05) días hábiles de suscrito el Contrato Administrativo de Servicios me comprometo a presentar ante el Área de Administración mis documentos que acrediten mi afiliación a algún régimen previsional y la solicitud de continuar aportando a dicho régimen, debiendo indicar si suspendí los pagos o si me encontraba aportando un monto voluntario, y en su caso de optar por aportar como afiliado regular, a fin que la UGEL ISLAY efectúe la retención correspondiente.

Molledo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
Firma



Apellidos y Nombres :  
DNI N° :

Huella Digital

Nota: Deberá elegir necesariamente algún régimen de pensiones. En caso de haberse afiliado al Sistema Privado de Pensiones deberá necesariamente presentar copia de su contrato y/o constancia de afiliación. **NO PROCEDE** elegir afiliarse al Sistema Nacional de Pensiones si se encuentra registrado en el Sistema Privado de Pensiones. Podrá verificar su situación previsional en el siguiente link: <https://servicios.sbs.gob.pe/serviciosenlinea>