



"Año de la Universalización de la Salud"

**FORMATO DE CONTENIDO DE HOJA DE VIDA**

La información consignada en la Hoja de Vida tiene carácter de declaración Jurada, por lo que el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

**I. DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno :  
Apellido Materno :  
Nombres :  
Nacionalidad :  
Fecha de Nacimiento :  
Lugar de Nacimiento :  
Documento de Identidad :  
RUC :  
Estado Civil :  
Dirección :  
Teléfono :  
Correo electrónico :  
Colegio Profesional (SI APLICA) :

**II. ESTUDIOS REALIZADOS**

TÍTULO O GRADO (*)	ESPECIALIDAD /CICLO	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (2) (MES/AÑO)	UNIVERSIDAD / INSTITUTO SUPERIOR	CIUDAD/PAIS	CUENTA CON SUSTENTO (SI / NO)	Nº FOLIO
GRADO DE DOCTORADO						
GRADO DE MAESTRÍA						
POSTGRADO O DIPLOMADO						
TÍTULO PROFESIONAL / LICENCIATURA						
GRADO DE BACHILLER						
EGRESADO						
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS						
ESTUDIOS TECNICOS						
SECUNDARIA COMPLETA						

(1) Dejar en blanco para aquellos que no aplique.

(2) Si no tiene título, especificar si está en trámite en: CUENTA CON SUSTENTO (SI/NO)

**"Año de la Universalización de la Salud"****III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION**

N°	NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (Mes / Año)	CIUDAD / PAÍS	N° FOLIO
1°							
2°							
3°							
4°							
5°							

**NOTA:** Puede insertar más filas si así lo requiere.

**IV. EXPERIENCIA LABORAL**

EL POSTULANTE deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SOLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

**A. Experiencia Laboral Específica:** tanto en el sector público como privado (comenzar por la más reciente).

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

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE CULMINACIÓN (MES/AÑO)	TIEMPO EN EL CARGO	CUENTA CON SUSTENTO	N° FOLIO
1							
Descripción del trabajo realizado							
2							
Descripción del trabajo realizado							

**NOTA:** 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 de dichas consultorías.



"Año de la Universalización de la Salud"

**B. Experiencia laboral específica**, es la experiencia que el postulante posee en el tema específico de la convocatoria. (Comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia específica, con una duración mayor a un mes.

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE CULMINACION (MES/AÑO)	TIEMPO EN EL CARGO	CUENTA CON SUSTENTO	N° FOLIO
1							
Descripción del trabajo realizado							
2							
Descripción del trabajo realizado							

NOTA: Puede adicionar más bloques, sí o requiere.

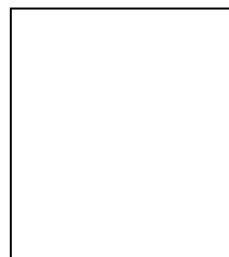
Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación.

**APELLIDOS Y NOMBRES:**

**DNI:**

**FECHA:**

**FIRMA**



**HUELLA DIGITAL**



"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO N° 01**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSCC**

Por la presente, yo \_\_\_\_\_ identificado/a con DNI N° \_\_\_\_\_ declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al **REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES – RNSCC (\*)**

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**HUELLA DIGITAL**

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de marzo de 2007 la **“Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones y Destitución y Despido – RNSCC”**. Se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSCC, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, establece que, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados de los procesos de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.



"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO N° 2**

**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

**(Ley N° 26771, D.S. N° 021-200-PCM, D.S. N° 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM)**

Vista la nómina de personal que presta servicios en la institución, publicada en la página WEB del INEI:  
**www.inei.gob.pe**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ con Registro Único de Contribuyente (RUC) N° \_\_\_\_\_ con domicilio actual en \_\_\_\_\_ distrito de \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_ departamento de \_\_\_\_\_ al amparo de lo dispuesto en el Art.42 de la Ley General de Procedimiento Administrativo General –Ley N° 27444,

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

SI ☐

NO ☐

Tener, vínculo de parentesco, *vínculo* matrimonial o unión de hecho con alguna *autoridad*, Funcionario, Directivo, Servidor Público, Personal de Confianza del Instituto Nacional de Estadística e Informática, dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o cónyuge.

Asimismo, declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la ley N° 26771 modificado por la ley N° 30294 y su reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM y modificatorias. Igualmente, 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**

Las personas con las que mantengo relación de parentesco, vínculo matrimonial o unión de hecho son las siguientes:

• **HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD**

Padres, Abuelos, bisabuelos, Hijos, Nietos, Hermanos, Tíos (Hermanos de Padres), Sobrinos (Hijos de Hermanos), y Primos Hermanos.

Apellidos y Nombres	Grado de parentesco	Cargo	Dependencia en la que presta servicios

• **HASTA EL SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD**

Cónyuge (por matrimonio o unión de hecho), Yerno, Nuera, Suegros y Cuñados.

Apellidos y Nombres	Grado de parentesco/vínculo conyugal	Cargo	Dependencia en la que presta servicios

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.

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_



**FIRMA**

**HUELLA DIGITAL**



"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO N° 3**

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

Por la presente, yo \_\_\_\_\_, identificado/a con DNI N° \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento No tener deudas por concepto de alimentos por adeudar tres (3) cuotas, sucesivas o no, de obligaciones alimentarias establecidas en sentencias consentidas o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, o por adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, durante el proceso judicial de alimentos que no han sido cancelados en un periodo de tres (3) meses desde que son exigibles, los que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**HUELLA DIGITAL**



"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA PARA BONIFICACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad  
N° \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ de nacionalidad  
\_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_ de profesión  
\_\_\_\_\_, a efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para  
desempeñarse como: \_\_\_\_\_, manifiesto con carácter de  
DECLARACIÓN JURADA lo siguiente:

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD**

(Marque con una "X" la respuesta)

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Usted es una persona con discapacidad de conformidad con lo establecido en la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por el CONADIS.		

**BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

(Marque con una "X" la respuesta)

PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo establecido en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010- SERVIR/PE, que establece criterios para asignar una bonificación en concursos para puestos de trabajo en la administración publica en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de licenciado.		

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

(1) \_\_\_\_\_

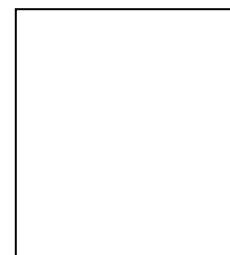
(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

(1) Firma

(2) Nombre de la personal natural

(3) Documento Nacional de Identidad



**HUELLA DIGITAL**



"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO Nº 05**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES Y POLICIALES**

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

El que suscribe, \_\_\_\_\_ Identificado(a) con Documento Nacional de  
Identidad (DNI) Nº \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_ con domicilio en  
\_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

**NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES**, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por  
la Ley Nº 29607.

Autorizo al Instituto Nacional de Estadística e Informática efectuar la comprobación de la veracidad de la  
presente Declaración Jurada.

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**HUELLA DIGITAL**





"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO Nº 06**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO NI ESTAR INHABILITADO PARA  
CONTRATAR CON EL ESTADO**

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

El que suscribe, \_\_\_\_\_ Identificado(a) con Documento Nacional de  
Identidad (DNI) Nº \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

1. No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado, ni tener antecedentes policiales.
2. No tengo impedimento para ser postor o contratista, expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos en información que presento en la convocatoria.
4. No percibiré otros ingresos del Estado diferente al que se derive del contrato administrativo de servicios suscrito en la Entidad.

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**HUELLA DIGITAL**



"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO Nº 07**

**DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACION PRESENTADA**

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

Sres.

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**

Presente. -

De mi consideración:

Acorde a las exigencias de veracidad de información para la "CONTRATACIÓN DE UN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, para la \_\_\_\_\_".

Declaro bajo juramento la veracidad de los siguientes datos:

Nombre : \_\_\_\_\_

Domicilio Legal : \_\_\_\_\_

DNI : \_\_\_\_\_ RUC : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_ Celular : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento Dpto.: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Distr.: \_\_\_\_\_

Educativo Superior Univ. ☐ Superior No Univ. ☐ Otros. ☐

SI ☐

Sistema Nacional de Pensiones ☐

Sistema Privado de Pensiones ☐ AFP \_\_\_\_\_

Código Único de Sistema Privado de Pensiones (CUSPP) \_\_\_\_\_

NO ☐ Indicar Sistema a afiliarse

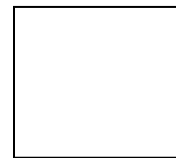
Sistema Nacional de Pensiones ☐

Sistema Privado de Pensiones ☐ AFP \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**HUELLA DIGITAL**



"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO N° 08**

**DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS**

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

Sres.

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**

Presente. -

REFERENCIA: "CONTRATACIÓN DE UN \_\_\_\_\_,  
para la \_\_\_\_\_

De mi consideración:

Por la presente, yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con Documento Nacional de  
Identidad (DNI) N° \_\_\_\_\_ con Registro Único del Contribuyente (RUC) N°  
\_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que a la fecha no percibo ingresos por ningún monto\* que provengan de fuente Estatal o Pública  
(incluyendo al LA ENTIDAD). Asimismo, me comprometo a informar inmediatamente a LA ENTIDAD, en  
caso de suceder lo contrario.

De ser Cesante, completar el siguiente recuadro:

Sector:

Público

☐

Privado

☐

Nombre de la Entidad \_\_\_\_\_

Los datos contenidos en esta Declaración Jurada son verdaderos, por lo que se puede efectuar las  
investigaciones pertinentes a fin de verificar la información; en caso de comprobarse falsedad, me someto  
a las sanciones estipuladas por ley.

Atentamente

**FIRMA**

DNI: \_\_\_\_\_

**HUELLA DIGITAL**

- No se encuentran incluidos en esta Prohibición aquellos ingresos por Actividad Docente o por ser miembros de un Órgano Colegiado.