**ANEXO Nº4**



**CÒDIGO N°**………………..…

**CARGO:** *……………………………………………………*

La información contenida en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada. El Instituto Nacional de Radio y Televisión del Perú tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo las verificaciones correspondientes; así como solicitar la acreditación de la misma. En caso de detectarse que se ha omitido, ocultado o consignado información falsa, se procederá con las acciones administrativas que correspondan.

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
| **EDAD** | **ESTADO CIVIL** | ***LUGAR DE NACIMIENTO*** | ***FECHA DE NACIMIENTO*** |
|  |  | **PAIS** | **DPTO** | **PROVINCIA** | **DISTRITO** | ***DIA*** | ***MES*** | ***AÑO*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SEXO** | **DOCUMENTOS** |
| **F** | **M** | **TIPO DOC** | **N° DOCUMENTO** | **N° RUC** | **N° BREVETE** |
|  |  | **DNI** |  |  |  |  |
| **PASAPORTE** |  |
| **PARTIDA NAC** |  |
| **TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO** |
| **CODIGO LARGA DISTANCIA NACIONAL** | **TELEFONO FIJO** | **CELULAR** | **DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO** |
|  |  |  |  |
| **TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA** |
| **CODIGO LARGA DISTANCIA NACIONAL** | **TELEFONO FIJO** | **CELULAR** | **NOMBRE DEL FAMILIAR** |
|  |  |  |  |
| **DOMICILIO RENIEC (\*)** |
| **TIPO DE VIA (\*\*)** | **NOMBRE DE VIA** | **N° DE VIA** | **DPTO** | **INT** | **MZ**  | **LOTE** | **KM** | **BLOCK** | **ETAPA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TIPO DE ZONA (\*\*)** | **NOMBRE DE ZONA** | **REFERENCIA** | **DISTRITO** | **PROVINCIA** | **DEPARTAMENTO** |
|  |  |  |  |  |  |
| **DOMICILIO ACTUAL (Consignar de ser distinto a RENIEC)** |
| **NOMBRE DE VIA** | **N° DE VIA** | **DPTO** | **INT** | **MZ**  | **LOTE** | **KM** | **BLOCK** | **ETAPA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TIPO DE ZONA** | **NOMBRE DE ZONA** | **REFERENCIA** | **DISTRITO** | **PROVINCIA** | **DEPARTAMENTO** |
|  |  |  |  |  |  |

**(\*) Será tomada por ESSALUD a fin de asignarle el Centro Asistencial (\*\*) Ver tabla según anexo adjunto**

1. **FORMACION EDUCATIVA (Señale la especialidad y el nivel académico máximo que haya obtenido)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO FORMACION** | **NIVEL ACADÉMICO ALCANZADO (\*\*\*)** | **CICLO** | **AÑO DE TERMINO** | **ESPECIALIDAD O****PROG. ACADÉMICO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** |
| **UNIVERSITARIA** |  |  |  |  |  |
| **TECNICA** |  |  |  |  |  |
| **SECUNDARIA** |  |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN RESPECTO A COLEGIATURA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COLEGIO PROFESIONAL** | **NRO. COLEGIATURA** | **CONDICIÓN****A LA FECHA** (1) |
|  |  |  |

1. Habilitado o No Habilitado

**ESTUDIOS DE POST GRADO (Maestría, Doctorado, Certificaciones, Diplomados, Especializaciones u otros)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **INSTITUCIÓN CERTIFICADORA** | **FECHA CERTIFICACIÓN****(MES) / (AÑO)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **CAPACITACIÓN** **OBLIGATORIA REQUERIDA** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INICIO****(dd/mm/aa)** | **FIN****(dd/mm/aa)** | **HORAS LECTIVAS** | **CURSO /EVENTO** | **ENTIDAD** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS:** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTO** |
|  |
|  |
|  |

**(\*\*\*) Ver tabla según anexo adjunto**

1. **CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS:** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONOCIMIENTOS** | **BASICO** | **INTERMEDIO** | **AVANZADO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **IDIOMAS:** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDIOMA** | **BASICO** | **INTERMEDIO** | **AVANZADO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL:** De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria.

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD:**  |
| **Área:** |
| **Cargo:**  | **Tiempo de servicios:** |
| **Funciones:** | **Inicio: (mes y año): / /** |
|  | **Fin: (mes y año): / /** |
| **Modalidad de contratación:** |
| **Motivo de Retiro:** | **Remuneración o****Retribución: S/.** |
| **Nombre y cargo del Jefe:** | **Teléfono Oficina:** |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD:** |
| **Área:** |
| **Cargo:** | **Tiempo de servicios:** |
| **Funciones:** | **Inicio: (mes y año): / /** |
|  | **Fin: (mes y año): / /** |
| **Modalidad de contratación:** |
| **Motivo de Retiro:** | **Remuneración o****Retribución: S/.** |
| **Nombre y cargo del Jefe:** | **Teléfono Oficina:** |

De requerir mayor espacio deberá consignar la información en una hoja adicional.

**DE SU EXPERIENCIA LABORAL, SEÑALE BREVEMENTE:**

**¿Qué fue lo que más le agradó?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Qué fue lo que menos le agradó?:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_

**¿Indique qué proyectos implementó y cuál fue su rol o aporte al mismo?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATOS ADICIONALES:**

|  |
| --- |
| **¿Ha trabajado anteriormente en el IRTP?**   SI ( ) Especifique área \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO ( )   Cuál fue el motivo de su desvinculación laboral?­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­**¿Ha llevado en alguna oportunidad algún Curso de Capacitación brindado por el IRTP?** SI ( ) Especifique cuál \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO ( )  |

|  |
| --- |
| **¿Ha participado anteriormente en alguna modalidad formativa?**   ( ) Programa de Prácticas Pre- Profesionales ( ) Programa de Prácticas Profesionales Especifique entidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_   Cuál fue el motivo de termino de convenio?­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­ |

|  |
| --- |
| **¿Tiene familiares directos dentro del 4° Grado de Consanguinidad y 2° de Afinidad trabajando en el IRTP?** **:** ( ) NO ( ) SI  De ser afirmativo, señale nombre y parentesco\*:………………………………………………………………………………………………………………..  |
| \* Cónyuge o Conviviente/ Padre – Madre/ Hijos/ Hermanos/ Nietos/ Abuelos/ Tíos Hnos. de Padres/ Sobrinos Hijos de Hnos./ Primos Hermanos/ Padrastro – Madrastra/ Hijastros/ Suegros/ Yernos – Nueras/ Hermanastros/ Cuñados. |

¿Tiene disponibilidad inmediata? **( ) NO ( ) SI**

He tomado conocimiento que, de ser seleccionado, al momento de suscribir contrato no debo tener vínculo laboral con otra entidad del Estado

|  |
| --- |
| Tiene algún tipo de discapacidad: **( ) NO ( ) SI (\*)**  |
| **(\*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:** …………………………..……………..  **De encontrarse registrado a CONADIS indicar Nro. de Carnet:** …………………………………………. |

|  |
| --- |
| ¿Tiene usted deuda por concepto de alimentos por obligaciones establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios de acuerdo a la Ley N° 28970?**( ) NO ( ) SI**¿Se encuentra usted comprendido dentro del registro de deudores alimentarios morosos, de acuerdo a laLey N° 28970? **( ) NO ( ) SI** |

|  |
| --- |
| Indique si ha tenido antecedentes policiales, judiciales y/o penales. De ser positiva su respuesta detalle:  **( ) NO ( ) SI (\*)** |
| **(\*)De ser positiva su respuesta, señale el tipo de antecedente.**  |

|  |
| --- |
| Indique si es Licenciado de las Fuerzas Armadas. **( ) NO ( ) SI**  |

Suscribo el presente en señal de conformidad con los datos consignados.

Ciudad…………………, ......... de ....................... de 20……

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

 FIRMA DEL DECLARANTE

 DNI:

**Anexo de Tablas**

**Tipo de Vía**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **DESCRIPCIÓN** | **N°** | **DESCRIPCIÓN** |
| 01 | AVENIDA | 13 | TROCHA  |
| 02 | JIRÓN | 14 | CAMINO RURAL |
| 03 | CALLE | 15 | BAJADA |
| 04 | PASAJE | 16 | GALERIA  |
| 05 | ALAMEDA | 17 | PROLONGACIÓN  |
| 06 | MALECÓN | 18 | PASEO |
| 07 | OVALO | 19 | PLAZUELA |
| 08 | PARQUE | 20 | PORTAL |
| 09 | PLAZA | 21 | CAMINO AFIRMADO |
| 10 | CARRETERA | 22 | TROCHA CARROZABLE |
|  |  | 99 | OTROS |

**Tipo Zona**

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **DESCRIPCIÓN** |
| 01 | URB. URBANIZACIÓN |
| 02 | P.J. PUEBLO JOVEN |
| 03 | U.V. UNIDAD VECINAL |
| 04 | C.H. CONJUNTO HABITACIONAL |
| 05 | A.H. ASENTAMIENTO HUMANO |
| 06 | COO. COOPERATIVA |
| 07 | RES. RESIDENCIAL |
| 08 | Z.I. ZONA INDUSTRIAL |
| 09 | GRU. GRUPO |
| 10 | CAS. CASERÍO |
| 11 | FND. FUNDO |
| 99 | OTROS |

**Nivel Educativo**

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **DESCRIPCIÓN** |
| 01 | SIN EDUCACIÓN FORMAL |
| 02 | EDUCACIÓN ESPECIAL INCOMPLETA |
| 03 | EDUCACIÓN ESPECIAL COMPLETA |
| 04 | EDUCACIÓN PRIMARIA INCOMPLETA |
| 05 | EDUCACIÓN PRIMARIA COMPLETA |
| 06 | EDUCACIÓN SECUNDARIA INCOMPLETA |
| 07 | EDUCACIÓN SECUNDARIA COMPLETA |
| 08 | EDUCACIÓN TÉCNICA INCOMPLETA |
| 09 | EDUCACIÓN TÉCNICA COMPLETA |
| 10 | EDUCACIÓN SUPERIOR (INSTITUTO SUPERIOR, ETC) INCOMPLETA  |
| 11 | EDUCACIÓN SUPERIOR (INSTITUTO SUPERIOR, ETC) COMPLETA  |
| 12 | EDUCACIÓN UNIVERSITARIA INCOMPLETA |
| 13 | EDUCACIÓN UNIVERSITARIA COMPLETA |
| 14 | GRADO DE BACHILLER |
| 15 | TITULADO |
| 16 | ESTUDIOS DE MAESTRÍA INCOMPLETA |
| 17 | ESTUDIOS DE MAESTRÍA COMPLETA |
| 18 | GRADO DE MAESTRÍA |
| 19 | ESTUDIOS DE DOCTORADO INCOMPLETO |
| 20 | ESTUDIOS DE DOCTORADO COMPLETO |
| 21 | GRADO DE DOCTOR |

**ANEXO N°5**



**Ley 26771 y D.S. N° 021-2000-PCM (DL N°728)**

|  |
| --- |
| Yo, |
| Identificado(a) con DNI No.  |

Marque con una **(X)** en la opción de **SI** o **NO**, según corresponda.

**DECLARO BAJO JURAMENTO**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **SI** | **NO** |
| Estar inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado. |  |  |
| Tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado conforme al registro nacional de destitución y despido. |  |  |
| Percibir simultáneamente remuneración y pensión, u honorarios por concepto de locación de servicios, asesorías o consultorías, o cualquier otra doble percepción o ingresos del Estado, salvo por el ejercicio de la actividad docente y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas, o por ser miembro únicamente de un órgano colegiado. |  |  |
| Tener grado de parentesco hasta el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad y por razón de matrimonio o por unión de hecho, con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza del Instituto Nacional de Radio y Televisión del Perú que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal o tenga injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.  |  |  |

Declaro conocer que, en caso de falsedad de los antes declarado, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales previstas en la normatividad vigente.

Asimismo, en caso de variar o modificarse la información declarada, me comprometo a informar por escrito a la Oficina de Administración de Personal, adjuntando la documentación sustentatoria.

Ciudad,…………………………....... de ....................... de 20……

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

 FIRMA DEL DECLARANTE

 DNI:

**ANEXO N°6**

Señores

**Oficina de Administración de Personal**

Presente.-

Asunto : **Presentación de hoja de vida documentada (forma física)**

Mediante la presente Yo,...................................................................................................................................... con DNI Nº..............................,postulante al cargo de código Nº ………………………., en la Convocatoria Pública Nº001-2015/IRTP , cumplo con presentar (en sobre manila adjunto) mi hoja de vida documentada (firmada en cada hoja), en fotocopias simples :

Declaro bajo juramento que los documentos que presento son copia fiel de los originales que se encuentran en mi poder.

Detalle de documentos que anexo:

1. …………………………………………………………………………………...
2. …………………………………………………………………………………...
3. …………………………………………………………………………………...
4. …………………………………………………………………………………...
5. …………………………………………………………………………………...
6. …………………………………………………………………………………...
7. …………………………………………………………………………………...
8. …………………………………………………………………………………...
9. …………………………………………………………………………………...
10. ..…………………………………………………………………………………
11. ..…………………………………………………………………………………
12. ..…………………………………………………………………………………
13. ..…………………………………………………………………………………
14. ..…………………………………………………………………………………

Atentamente,

 Huella

 Índice derecho

|  |
| --- |
|  |

Lima, .......... de ............................ del 20……

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **F I R M A**