

Gerencia de Administración y Finanzas  
Sub Gerencia de Gestión de Recursos Humanos

FOTO

FECHA DE INGRESO

CODIGO

AREA LABORAL

CARGO

PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR :

REGIMEN LABORAL

D. LEG  
276

D. LEG  
728

D. LEG  
1057

### DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

SEXO

F M

Nacionalidad :

Fecha Nacimiento

día mes año

DNI /Carnet de Extranjeria

Lugar de Nacimiento:

Edad:

Direc.: Av./ Jr./ Calle/ Block/ Carretera/ Malecon/Plaza/Parque N°/ Km/ Mz/ Int/ Dpto/ Lote/ Sector/ Etapa Distrito

Provincia

Departamento

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

Se autoriza que cualquier notificación sea enviada a la dirección y correo electrónico señalados en la presente ficha de datos

#### Estado Civil:

Soltero

Viudo

Divorciado

Separado

RUC

Automóvil

Motocicleta

**Pensiones:** Indique el sistema de pensiones al que se encuentra afiliado:

AFP

ONP

PENSIONISTA

Nombre de la AFP

CUPSS :

Si desea afiliarse por primera vez a una AFP, indique:

N° Autogenerado EsSALUD

Placa: \_\_\_\_\_

#### Indique con quienes vive :

Padres

Conyuge

Hijos

Abuelos / tios

Amigos

#### Tipo de Vivienda :

Propia

Alquilada

Familiares

Pension

Temporal

#### BANCO:

N° De Cuenta:

N° CCI:

#### Teléfonos:

Teléfono casa:

Teléfono celular:

Teléfono emergencia 1

Teléfono emergencia 2

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

Persona a contactar en caso de emergencia:

Persona a contactar en caso de emergencia:

### DATOS FAMILIARES

Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación:	Trabajo - Estudios	Fecha Nac.	DNI / P. Nac	ESSALUD
Espos(a)								
Conviviente								
Hijos								
Hijos								
Hijos								
Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación:	Trabajo - Estudios	¿ Su esposa o conviviente e hijos menores de edad están asegurados en EsSALUD? (responder si o no)		
Padre								
Madre								
Hermanos								
Hermanos								

INFORMACION ACADEMICA

**Estudios :** Marcar con una "X" la casilla correcta y completar

		Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Carrera Profesional	Grado / Nivel alcanzado
Primaria Incompleta	Primaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Técnica Incompleta	Técnica Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Universitaria Incompleta	Universitaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____

INFORMACION ACADEMICA - ESPECIALIDAD

**Estudios :** Indicar estudios de Post-grado.

Estudios de Post-grado	Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Nivel alcanzado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EXPERIENCIA LABORAL

Institución/empresa	_____	_____	_____
Cargo	_____	_____	_____
Tiempo laborado	_____	_____	_____
Ultima remuneración (monto en soles)	_____	_____	_____
Modalidad (permanente, fijo, otros)	_____	_____	_____
Motivo de retiro (renuncia, cese, no renovacion, otros)	_____	_____	_____
Fecha de Inicio de Contrato	_____	_____	_____
Fecha de Fin de Contrato	_____	_____	_____
Jefe Inmediato	_____	_____	_____
Dirección	_____	_____	_____
Teléfono	_____	_____	_____

DATOS DE SALUD

<b>Alergias:</b>	SI	NO	<b>Enfermedades:</b>	SI	NO	<b>Medicamentos:</b>
BETALACTAMICOS (Penicilina - Cefalosporinicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique que medicamentos toma actualmente: _____
ANALGESICOS - ANITI-INFLAMATORIOS (Kerolaco-Diclofenaco-Ibuprofeno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTRAS ALERGIAS:	_____	_____	ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	_____	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			OTRAS:	_____	_____	_____
<b>Grupo Sanguineo:</b>	_____	_____				
Tiene alguna discapacidad:	_____	_____				

ANTECEDENTES PERSONALES

Las siguientes preguntas están orientadas a conocer si ud. tiene o ha tenido algún problema con la Justicia.

- |                                             |                             |                             |                                                               |                             |                             |
|---------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usted registra Antecedentes Policiales? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 2. ¿Ud. registra Antecedentes Penales?                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Usted registra Antecedentes Judiciales? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 4. ¿Ud. Tiene abierto algún proceso en el Ministerio Público? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**DECLARACION JURADA :**

Confirmo la exactitud y la veracidad de las declaraciones, antes expresada que nada he ocultado, omitido o disimulado, siendo el único responsable de la información remitida; y autorizo a que sean investigados para los fines que la Municipalidad de Villa María Del Triunfo convenga. Asimismo, declaro que actualmente no cuento con contrato vigente con ninguna Institución del Estado, bajo ninguna modalidad contractual. (Salvo labor docente). De otro lado, autorizo para que se me notifique cualquier documento o decisión que emita la MSI al correo electrónico consignado (Art. 20, 20.4 Ley N° 27444). Finalmente me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio en los datos que he declarado en el presente documento; asumiendo la responsabilidad que su omisión genere.

_____	_____	
Apellidos y Nombres	Firma	



## DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES

Yo,.....

, trabajador(a) o funcionario(a) de confianza de la Municipalidad de Villa María

Del Triunfo, identificado(a) con DNI N° .....; domiciliado(a) en

.....

.....

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

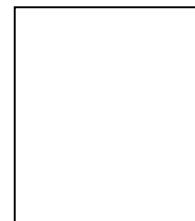
No contar con Antecedentes Policiales, Judiciales o Penales, así como no estar inhabilitado para realizar labores en el Estado (según artículo 7° del Decreto de Urgencia N° 020-2006), y en caso de falsedad asumo la responsabilidad administrativa y penal, de acuerdo a lo establecido en el artículo 32° de la Ley N° 27444.

Villa María Del Triunfo,..... de..... del 20...

.....

Firma

DNI N°.....



**Gerencia de Administración y Finanzas**  
**Sub Gerencia de Gestión de Recursos Humanos**

## **DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**

Yo,..... con

DNI N°..... y domicilio real en.....

.....  
..... **DECLARO BAJO JURAMENTO**, que tengo conocimiento de la siguiente  
normatividad:

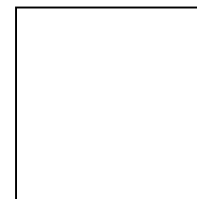
- J Ley N° 28496, "Ley que modifica el numeral 4.1 del artículo 4° y el artículo 11° de la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- J Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Asimismo, declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda circunstancia.

Villa María Del Triunfo,..... de..... del 20...

Firma: .....

DNI: .....



Huella Digital

## DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO

Yo,.....,

trabajador(a) o funcionario(a) de confianza de la Municipalidad de Villa María

Del Triunfo, identificado(a) con DNI N° .....

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que mi dirección domiciliaria actual es .....

.....;

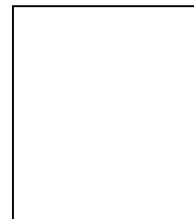
comprometiéndome a poner oportunamente de conocimiento de la Sub  
Gerencia de Recursos Humanos cualquier cambio de domicilio.

Villa María Del Triunfo,..... de..... del 20...

.....

Firma

DNI N° .....



## **DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR INGRESOS SIMULTÁNEOS EN EL SECTOR PÚBLICO**

El/ La que suscribe

.....,  
trabajador(a) o funcionario(a) de confianza de la Municipalidad de Villa María  
Del Triunfo, identificado(a) con DNI N° .....; domiciliado(a) en  
.....  
.....

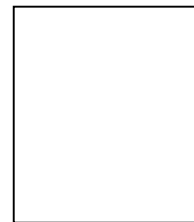
### **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que no percibo de manera simultánea remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, excepto por función docente. Por lo tanto no me encuentro comprendido en las prohibiciones que establece No contar con Antecedentes Policiales, Judiciales o Penales, así como no estar inhabilitado para realizar labores en el Estado (según artículo 7° del Decreto de Urgencia N° 020-2006), y en caso de falsedad asumo la responsabilidad administrativa y penal, de acuerdo a lo establecido en el artículo 32° de la Ley N° 27444.

Villa María Del Triunfo,..... de..... del 20...

.....

Firma



DNI N°.....

Gerencia de Administración y Finanzas  
Sub Gerencia de Gestión de Recursos Humanos

**DECLARACIÓN JURADA**  
**DE NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES**

Yo.....identificado/a con DNI N°  
....., domiciliado en.....; al  
amparo de lo dispuesto en el artículo 49 del Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, que aprueba el  
TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis  
derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

Que, declaro bajo juramento no registrar antecedentes penales y autorizo a la Municipalidad de Villa  
María Del Triunfo; a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada  
solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

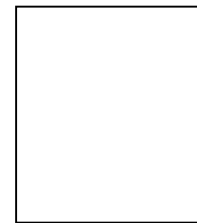
Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Villa María Del Triunfo,..... de..... del 20...

.....

Firma

DNI N°.....



Huella Dactilar



Gerencia de Administración y Finanzas  
Sub Gerencia de Gestión de Recursos Humanos

**DECLARACIÓN JURADA**

**REGISTRÓ DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM**

Yo.....identificado/a con DNI N°  
....., domiciliado en.....; en  
virtud a lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley N° 28970, que crea el Registro de Deudores  
Alimentarios Morosos, concordante con el artículo 11° de su Reglamento, aprobado por Decreto  
Supremo N° 002-2007-JUS; al amparo de lo dispuesto en el artículo 49 del Decreto Supremo N° 006-  
2017-JUS, que aprueba el TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y  
en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

SI	NO
----	----

Estar comprendido en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.

Asimismo, 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 411° del Código Penal, que establece pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Villa María Del Triunfo,.....de.....del 20...

.....

Firma



Huella Dactilar

Gerencia de Administración y Finanzas  
Sub Gerencia de Gestión de Recursos Humanos

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN ADMINISTRATIVA NI  
JUDICIAL VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO**

Yo.....identificado/a con DNI N°  
....., domiciliado en.....; al  
amparo de lo dispuesto en el artículo 49 del Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, que aprueba el  
TUO de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, y en pleno ejercicio de mis  
derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** no tener:

1. Inhabilitación administrativa vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD<sup>1</sup>.
2. Inhabilitación judicial vigente para laboral en el Estado.
3. Impedimento para ser Trabajador(a), expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
4. Inhabilitación o sanción del colegio profesional, de ser el caso.
5. Inhabilitados mis derechos civiles y laborales.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previstos en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Asimismo, 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 411° del Código Penal, que establece pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Villa María Del Triunfo,.....de.....del 20...

-----

Firma



Huella Dactilar

1 De conformidad con lo dispuesto por el artículo 9° de la Resolución Ministerial N° 017-2007-PCM, que aprobó la “Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD”, en concordancia con el artículo 12° del Decreto Supremo N° 089-2006-PCM, Reglamento para el funcionamiento, actualización y consulta de la información en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD, en todo procedimiento de contratación laboral, se deberá consultar previamente al RNSDD a fin de constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública. Aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del procedimiento de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.