



ANEXO N° 1

SOLICITUD DE POSTULANTE

PROCESO CAS TRANSITORIO N°005-2025-MDB

Solicito ser considerado/a como postulante al Puesto de:

.....



SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACION DE SELECCIÓN DE PERSONAL CAS DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL BELEN.

Yo,, con documento nacional de identidad N°, con domicilio en; ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo tomado conocimiento que la Municipalidad Distrital de Belén está realizando la **CONVOCATORIA PÚBLICA DE CAS TRANSITORIO N° 005-2025-MDB**, para la cobertura del cargo mencionado en la sumilla y por reunir con el perfil y los requisitos exigidos, solicito ser considerado como postulante a dicho puesto.



Asimismo, en caso de resultar ganador cuento con disponibilidad inmediata para asumir las funciones del puesto.

Se adjunta la documentación requerida en las Bases del mencionado proceso.

POR LO EXPUESTO:

A usted solicito acceder a mi petición.

Lugar y Fecha:

Firma:





ANEXO N° 2

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE

Señores
COMITÉ DE EVALUACION DE SELECCIÓN DE PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE BELEN.

Presente. -

En atención a la CONVOCATORIA PÚBLICA DE CAS TRANSITORIO N° 005-2025-MDB, agradeceré ser registrado como postulante al proceso.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que cumpla con los requisitos mínimos para la actividad a realizar y la siguiente información corresponde a mis datos personales, los mismos que se sujetan a la verdad:

1.- DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS				
LUGAR DE RESIDENCIA	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
ESTADO CIVIL				
EDAD				
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
FECHA DE NACIMIENTO				
SEXO				
DNI / C.E.				
Nro. RUC				
DIRECCION				
TELEFONO	TELEFONO FIJO		TELEFONO CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO				
MEDIO POR EL CUAL SE ENTERO DEL PROCESO				

Los datos aquí incluidos, deberán ser acreditados. Cuando el postulante no acredite los datos y documentos necesarios para la evaluación por parte de la Municipalidad Distrital de Belén, dicho formato no será considerado para la evaluación.





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?		



BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:

(Marque con un "x" la respuesta)

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

EXPERIENCIA LABORAL (rellenar con aquellos puestos de trabajo afines a las funciones del puesto solicitado, empezando por el más reciente)

EMPRESA Y/O INSTITUCION	CARGO	FUNCIONES PRINCIPALES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	Años/MESES/DIAS DE EXPERIENCIA
			
			
			





EMPRESA Y/O INSTITUCION	CARGO	FUNCIONES PRINCIPALES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO	Años/MESES/DIAS DE EXPERIENCIA
			
			
			
			
TOTAL, AÑOS DE EXPERIENCIA					





**ANEXO N° 3
DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTOS PARA CONTRATAR CON
EL ESTADO**

Yo, de
Nacionalidad....., con DNI N°....., de estado
civil de..... Años de edad, natural
de..... domiciliado en.....
distrito....., provincia....., departamento.....

DECLARO BAJO JURAMENTO, que en cumplimiento a lo contemplado en el Decreto Legislativo N° 1057, modificado por la Ley N° 29849 "Ley de Eliminación Progresiva del Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios y otorga derechos laborales", así como por lo dispuesto en el Artículo 4° del Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, modificado por el Decreto Supremo 065-2011-PCM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057:

- a) No ser miembro en actividad de las Fuerzas Armadas o Policía Nacional del Perú.
- b) Conocer las prohibiciones e incompatibilidades dispuestas en la Ley N° 27588 y su reglamento, el Decreto Supremo N° 019-2002-PCM y no encontrarme incurso en los impedimentos que esta disposición señala.
- c) No estar inhabilitado administrativamente ni judicialmente para prestar servicios al Estado.
- d) No encontrarme inmerso en la prohibición de doble percepción proveniente del Estado.
- e) No encontrarme impedido legalmente de prestar servicios en vuestra Entidad, conforme a las prohibiciones que se establecen en el régimen laboral aplicable a mi Entidad de procedencia o a las restricciones establecidas en la Ley 24029 "Ley de Profesorado" o la Ley N° 29062 "Ley de la Carrera Pública Magisterial".
- f) Que, si (), no () soy una persona con discapacidad, sujeta a los beneficios de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, su Reglamento y modificatorias. (*)
No padecer enfermedades preexistentes, ni discapacidades físicas o mentales no rehabilitables que impidan el desempeño adecuado de las funciones del cargo al momento de la contratación.
- h) Que cumplo con todos los requisitos generales y específicos exigidos para el Perfil del Puesto, de acuerdo a los términos contenidos en el Aviso de Convocatoria.

Dejo constancia que no he sido coaccionado para firmar esta declaración jurada y que lo hago libre y voluntariamente por principios de ética y moral, ante lo cual firmo la presente.

Ciudad..... de..... de 2025

.....

Firma

D.N.I.:

(*) De marcar la opción "si" debe adjuntar el documento que acredite la condición





ANEXO N° 4

**DECLARACIÓN JURADA DE RELACIÓN DE PARENTESCO POR RAZONES DE
CONSANGUINIDAD, AFINIDAD O CONVIVENCIA – LEY N° 26771**

Señores
**COMITÉ DE EVALUACION DE PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE
BELEN**
Presente.-



EN CASO DE NO TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que no me une parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con persona que a la fecha viene prestando servicios en la Municipalidad Distrital de Belén, bajo cualquier denominación que involucre la modalidad de Contrato a Plazo Indeterminado o Sujeto a Modalidad, Contrato Administrativo de Servicios, Locación de Servicios o Contrato por Consultoría.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome de no ser así a las correspondientes acciones administrativas y de ley.

Ciudad..... de..... de 2025

.....
Firma
Nombre y Apellidos del Postulante:
D.N.I.:

EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que en la Municipalidad Distrital de Belén (MDB), presta servicios la (s) persona (s) cuyo(s) apellido(s) indico, a quien o quienes me une la relación o vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) y unión de hecho (UH), señalados a continuación:



	Relación	Apellidos y Nombres	Unidad Orgánica donde presta servicios
1.			
2.			
3.			

Ciudad..... de..... de 2025

.....
Firma
Nombre y Apellidos del Postulante:
D.N.I.:



CUADRO PARA DETERMINAR EL GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD

Grado	Grado Parentesco por Consanguinidad		Parentesco por afinidad	
	En línea recta	En línea colateral	En línea recta	En línea colateral
1ro	Padres/hijos		Suegros, yerno, nuera	
2do	Abuelos, nietos	Hermanos	Abuelos del cónyuge	Cuñados
3ro	Bisabuelos, bisnietos	Tíos, sobrinos		
4to		Primos, sobrinos, nietos tíos, abuelos		

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y 42° de la Ley del Procedimiento Administrativo General aprobada por la Ley N° 27444 sujetándome a las acciones legales o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente.





ANEXO N° 5

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES
NI JUDICIALES**



Yo.....con DNI N°....., estado civil
..... y con domicilio en
declaro bajo juramento lo siguiente

DECLARO BAJO JURAMENTO: (Indicar SI o NO en el recuadro que corresponde)

- Tener antecedentes Penales
- Tener antecedentes Judiciales
- Tener antecedentes Policiales



Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome, de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Ciudad..... de..... de 2025



.....
Firma

Nombre y Apellidos del Postulante:

.....

D.N.I.:



ANEXO N° 6

**DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O
JUDICIALMENTE, PARA CONTRATAR CON EL ESTADO**



Yo,
identificado con DNI N°..... con domicilio
en..... declaro
bajo juramento que no estoy inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con
el Estado.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome de no ser así, a las
Correspondientes acciones administrativas y de Ley.



Ciudad..... de..... de 2025

.....
Firma

Nombre y Apellidos del Postulante:

.....

D.N.I.:





ANEXO N° 7

DECLARACIÓN JURADA QUE MANIFIESTA LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, PARA SOLICITAR AJUSTES RAZONABLES EN EL PROCESO DE SELECCIÓN AL NO CONTAR CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O CARNET DE CONADIS¹



Yo,
identificado con DNI N° domiciliado en
..... declaro bajo juramento
que:

Me encuentro en situación de discapacidad, por presentar limitaciones permanentes para.....

(Marque con una "X" la(s) limitación(es) que presenta):



<input type="checkbox"/>	Moverse o caminar, para usar brazos o piernas.
<input type="checkbox"/>	Ver, aun usando anteojos.
<input type="checkbox"/>	Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro.
<input type="checkbox"/>	Oír, aun usando audífonos.
<input type="checkbox"/>	Entender o aprender (concentrarse y recordar).
<input type="checkbox"/>	Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas.



Otro
(Especificar)

.....

¹ RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 149-2019-SERVIR-PE

Segunda.- Certificado de discapacidad

El certificado de discapacidad acredita la condición de persona con discapacidad. Sin embargo, para efectos de los presentes Lineamientos, la persona con discapacidad que, por dilaciones o demoras ajenas a ella, no cuente con dicho documento solicita el otorgamiento de ajustes razonables adjuntando una declaración jurada donde manifieste que tiene la condición de discapacidad. Esta declaración jurada se sustituye por el respectivo Certificado de discapacidad, una vez que sea obtenido.



El documento que acredita mi condición de discapacidad se encuentra en trámite, por lo que, adjunto.....

(Marque con una "X" si adjunta evidencia del estado de trámite de la emisión del certificado de discapacidad de acuerdo con el artículo 76 de la Ley N° 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad)

SI.....

NO.....

Indique el motivo por el cual no lo adjunta:

Al respecto, me comprometo a presentar ante el comité de selección del proceso de selección N° hasta antes de que se lleve a cabo la etapa de entrevista personal, el certificado de discapacidad y/o carnet de Conadis que acredite mi condición de discapacidad para el otorgamiento de bonificación del 15% sobre el puntaje final obtenido en toda la evaluación.

Asimismo, declaro tener pleno conocimiento de las sanciones penales, civiles y/o administrativas a las que estaría sujeto en caso de falsedad en la presente declaración.

Fecha :

Firma:.....





**FORMATO
SOLICITUD DE AJUSTE RAZONABLE PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

Datos del postulante

Nombres y Apellidos:

N° del proceso al que postula

Datos referidos a la discapacidad

Tipo de discapacidad:

- Física o motora
- Sensorial
- Intelectual
- Psíquica y mental
- Otro tipo de discapacidad (*)

(*) Indicar: _____

¿Tiene Certificado de Discapacidad?

- Sí
- No

CIE 10:

En caso usted no cuente con certificado de discapacidad, indica el número de trámite a través del cual haya solicitado su certificado de discapacidad:

N° de trámite:

¿Está registrado en CONADIS?

- Sí N° DID: _____

- No

NOTA: En caso usted no se encuentre tramitando un certificado de discapacidad, ni contar con registro en CONADIS, no le podrá ser otorgado algún ajuste razonable.

Ajuste razonable solicitado



El llenado de este formato no hace al postulante acreedor de la bonificación establecida en el artículo 48 de la Ley N° 29933, Ley General de la Persona con Discapacidad