

**SOLICITO:** Solicito participar de contrato docente 2025 – Etapa PN, en el nivel EBR/EBA - EDUCACIÓN FÍSICA,

**Señora:**

**DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL (UGEL) EL COLLAO.**

**Dra. NORKA BELINDA CCORI TORO**

**YO, CARLOS CIRILO HUMPIRE BUSTINCIO,** con DNI N° **01343353**, domiciliado en la **Comunidad de Simillaca**, Distrito de Ilave y Provincia El Collao, con N° de celular, **950174674**, con correo electrónico, **albatan\_4305@hotmail.com** **docente de Educación Física**, con el debido respeto me presento ante usted y expongo lo siguiente:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y manifestarle: que de acuerdo al, **Decreto Supremo N° 020-2023-MINEDU, que aprueba la norma que regula el procedimiento, requisitos y condiciones para la contratación de profesores y su renovación del Contrato de Servicio Docente en Educación Básica y Técnico-Productiva**, en el marco de la **Ley N° 30328, Ley que establece medidas en materia educativa y dicta otras disposiciones**, OFICIO MÚLTIPLE N.º 00011-2025-MINEDU/VMGP-DIGEDD y la **RESOLUCIÓN DIRECTORAL REGIONAL N° 0115-2025-DREP, motivo por el cual Solicito participar de contrato docente 2025 – Etapa PN, en el nivel EBR/EBA - EDUCACIÓN FÍSICA**, para lo cual presento los siguientes documentos.

- Adjunto la copia de mi DNI.
- Copia de título profesional de licenciada en educación física.
- Constancia de Inscripción de Título (SUNEDU).
- Anexos: 8, 9, 10, 11 y 12
- Constancia del dominio de la Lengua Originaria vigente (Solo para docentes que postulan a una plaza EIB)
- Sistema de Pensiones AFP
- Cuenta de Banco de la Nación

Atentamente,



**LIC. CARLOS CIRILO HUMPIRE BUSTINCIO**

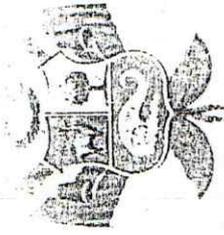
**DNI: 01343353**

**Profesor De Educación Física**



REPÚBLICA

DEL PERU



A NOMBRE DE LA NACION

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

**Carlos Gálvez Ampère Justimio**

Por cuanto: Don

ha cumplido los requisitos exigidos por la Facultad de:

**Ciencias de la Educación**

para optar el

**Título de:**

**Licenciado en Educación Física**

Habiéndose aprobado su otorgamiento en sesión

**Extraordinaria**

de

Consejo Universitario del **07** de

**Febrero**

del **2014**

Por tanto: se le expide el presente

para que se le reconozca

como tal.

Dado y firmado en Puno, a los **07** días del mes de

**Febrero**

del **2014**



RECTOR

*[Signature]*

INTERESADO



SECRETARIO GENERAL

*[Signature]*



VICE-RECTOR ACADÉMICO

*[Signature]*

DECANO DE FACULTAD

*[Signature]*



REGISTRADO A FOLIAS: 294  
DEL TOMO: XXX

# Registro de Título Profesional

Código N° ..... 0392-14-T-LIC-EDUC-F-UNA ..... en el libro

F° ..... XX ..... Folio N° ..... 294 ..... de Registro de

Títulos, se registra el Título Profesional de:

LICENCIADO EN EDUCACION FISICA

Contenido por la Facultad de:

CIENCIAS DE LA EDUCACION

de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno a don:

CARLOS CIRILO HUMPIRE BUSTINCIO

Aprobado en Consejo de Facultad con fecha 16/01/2014

y ratificado por Consejo Universitario en sesión EXTRAORDINARIA

del 07 de FEBRERO del 2014

y de conformidad con la Resolución Rectorial N° 0495-2014-R-UNA

Puno, 07 de FEBRERO del 2014



*[Signature]*  
EL Sr. Ing. ADALBERTO CALSINI SANCHEZ  
SECRETARIO GENERAL - UNA

EL SECRETARIO GENERAL DE LA  
UNA - PUNO CERTIFICA:  
Que la fotocopia que antecede es  
copia fiel del original.  
01 ABR 2014  
PUNO, .....



*[Signature]*  
M.Sc. Ing. ADALBERTO CALSINI SANCHEZ  
Secretario General - UNA

ASAMBLEA NACIONAL DE RECTORES



A1709060

A01709060



**PERÚ**

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior Universitaria

Dirección de Registro y Reconocimiento  
de Grados y Títulos e Información  
Universitaria

## CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE GRADOS Y TÍTULOS

La Dirección de Registro y Reconocimiento de Grados y Títulos e Información Universitaria, a través del Ejecutivo de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, deja constancia que la información contenida en este documento se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Grados y Títulos administrada por la Sunedu.

### INFORMACIÓN DEL CIUDADANO

Apellidos	<b>HUMPIRE BUSTINCIO</b>
Nombres	<b>CARLOS CIRILO</b>
Tipo de Documento de Identidad	<b>DNI</b>
Numero de Documento de Identidad	<b>01343353</b>

### INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	<b>UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO</b>
Rector	<b>LUCIO AVILA ROJAS</b>
Vicerrector Academico	<b>GERMAN PEDRO YABAR PILCO</b>
Decano	<b>M.SC. SAMUEL MONROY GALLEGOS</b>

### INFORMACIÓN DEL DIPLOMA

Título profesional	<b>LICENCIADO EN EDUCACION FISICA</b>
Fecha de Expedición	<b>07/02/2014</b>
Resolución/Acta	<b>0495-2014-R-UNA</b>
Diploma	<b>A01709060</b>

Fecha de emisión de la constancia:  
**03 de Febrero de 2025**



CÓDIGO VIRTUAL 0002370489

**ROLANDO RUIZ LLATANCE**  
**EJECUTIVO**

**Unidad de Registro de Grados y Títulos**  
**Superintendencia Nacional de Educación**  
**Superior Universitaria - Sunedu**

Esta constancia puede ser verificada en el sitio web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - Sunedu ([www.sunedu.gob.pe](http://www.sunedu.gob.pe)), utilizando lectora de códigos o teléfono celular enfocando al código QR. El celular debe poseer un software gratuito descargado desde internet.

Documento electrónico emitido en el marco de la Ley N° 27269 – Ley de Firmas y Certificados Digitales, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2008-PCM.

(\*) El presente documento deja constancia únicamente del registro del Grado o Título que se señala.

**ANEXO 8**

**DECLARACIÓN JURADA PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN**

Yo, **CARLOS CIRILO HUMPIRE BUSTINCIO**

Identificado (a) con D.N.I. N° 01343353, con fecha de nacimiento 29 / 06 / 1977 y domicilio actual en COMUNIDAD DE SIMILLACA, correo electrónico ALBATAN\_4305@HOTMAIL.COM y teléfono 950174674

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

No	<input checked="" type="checkbox"/>	Cumplo con los requisitos de formación y específicos para la modalidad, nivel o ciclo y área curricular o campo de conocimiento a la que postulo, los mismos que se acreditan ante el comité.
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Tengo buena conducta.
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Gozo de buena salud física y mental que permita ejercer la docencia.
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Tengo menos de 65 años.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	He sido sancionado administrativamente por falta muy grave, bajo cualquier marco normativo, en los últimos cinco (5) años.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	He sido sancionado administrativamente bajo cualquier marco normativo con cese temporal en el cargo sin goce de remuneraciones desde treinta y un (31) días hasta doce (12) meses, en los últimos dos (2) años, previos a la inscripción al procedimiento al que postula.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	He sido sancionado administrativamente bajo cualquier marco normativo con suspensión en el cargo hasta por treinta (30) días calendarios, en el último año, previo a la inscripción al procedimiento al que postula.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	He sido sancionado administrativamente bajo cualquier marco normativo con amonestación, en los últimos seis (6) meses, previos a la inscripción al procedimiento al que postula.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	Cuento únicamente con estudios de quinto de secundaria
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	Estoy inhabilitado para el ejercicio profesional o el ejercicio de la función pública.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	He sido condenado con sentencia firme por delito doloso.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	He sido condenado por el delito de terrorismo, apología del terrorismo, delito contra la libertad sexual, delitos de corrupción de funcionarios o delitos de tráfico de drogas.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	He sido condenado en cualquiera de los delitos previstos en la Ley N° 29988 y/o la Ley N° 30794.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	He sido condenado por delito contemplado en el artículo 2 de la Ley N° 30901.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	Tengo medida de separación preventiva de una IE al momento de la postulación o adjudicación.
<input checked="" type="checkbox"/>	Si	Cuento con una jornada laboral a tiempo completo en alguna otra institución pública o privada, que afecte la jornada laboral de la plaza que adjudica
No	<input checked="" type="checkbox"/>	La veracidad de la información y de la documentación que adjunto en copia simple
<b>Adicionalmente, solo para quien postula a IE ubicadas en zona de frontera</b>		
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Soy peruano de nacimiento

**La especialidad de mis estudios superiores con el que postulo es:**

**LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA**

Doy a conocer y autorizo<sup>7</sup> al Jefe de personal, al comité o al director/a de la IE, a ser notificado/a través del correo electrónico y teléfono señalado en la presente, del resultado de la evaluación o la propuesta para acceder a una plaza de contrato docente.

Firmo la presente declaración de conformidad y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el TUO de la LPAG, el Decreto Legislativo N° 1367 y otras normas legales convexas, autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

Dado en la ciudad de ILAVE a los 30 días del mes de ENERO del 2024.

  
 Firma  
 DNI: 01343353



**Huella dactilar  
(Índice derecho)**



Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos, Título I artículo 5 Principio de consentimiento

ANEXO 9

DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO, (REDERECEI), (REDAM), (RNSSC) y DELITO DOLOSO

**CARLOS CIRILO HUMPIRE BUSTINCIO**

Yo, .....  
Identificado (a) con D.N.I. N° **01343353** ..... y  
domicilio actual  
en **LA COMUNIDAD DE SIMILLACA DEL DISTRITO DE ILAVE** .....

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

No <b>X</b>	Si	Estoy inscrito/a en el registro de deudores de reparaciones civiles por delitos en agravio del estado (REDERECEI).
No <b>X</b>	Si	Estoy inscrito/a en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)
No <b>X</b>	Si	Tengo inhabilitación o suspensión vigente, administrativa o judicial inscrita o no en el registro nacional de sanciones contra servidores civiles (RNSSC).
No <b>X</b>	Si	Tengo condena por delito doloso y/o con sentencia firme

Firmo la presente declaración de conformidad con lo establecido en el TUO de la LPAG, y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el TUO de la LPAG, el Decreto Legislativo N° 1367 y otras normas legales convexas, autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

Dado en la ciudad de **ILAVE** ..... a los **30** días del mes de **ENERO** del 20**24**.

  
Firma  
DNI: **01343353**



Huella dactilar  
(Índice derecho)



ANEXO 10

DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTISMO

CARLOS CIRILO HUMPIRE BUSTINCIO

Yo, .....  
Identificado (a) con D.N.I. N° 01343353 y  
domicilio actual en LA COMUNIDAD DE SIMILLACA .....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No <b>X</b>	Si	Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios o directivos de la UGEL o miembros del Comité.
----------------	----	--

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

Nombre completo de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad.	
Cargo que ocupa	
El grado de parentesco	

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

Dado en la ciudad de **ILAVE** a los **30** días del mes de **ENERO** del 20**24**.

  
Firma  
DNI: 01343353



Huella dactilar  
(Índice derecho)



ANEXO 11

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO

Yo, **CARLOS CIRILO HUMPIRE BUSTINCIO**  
identificado con DNI N° **01343353** con dirección domiciliaria:  
**COMUNIDAD DE SIMILLACA** en el Distrito: **ILAVE** Provincia:  
**EL COLLAO** Departamento: **PUNO**

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si	Tengo conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (*con excepción de uno más por función docente, de acuerdo con lo señalado en la segunda disposición complementaria final de la presente norma).
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si	Percibo otra remuneración a cargo del Estado, en la siguiente institución educativa:

Nombre de la Institución por la que percibe o percibirá remuneración a cargo del Estado:	
Cargo que ocupa/rá:	
Condición Laboral:	<input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> Contratado
Horario Laboral:	
Dirección de la institución:	

(NO) (SI) Tengo incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral. Dado en la ciudad de **ILAVE** a los **30** días del mes de **ENERO** del **2024**..

  
Firma  
DNI: **01343353**



Huella dactilar  
(Índice derecho)

\*Art. 40° de la Constitución Política del Perú y artículo 3 de la Ley N° 28175 Ley Marco del Empleo Público. La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo de la UGEL, a fin verificar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.



ANEXO 12

DECLARACIÓN JURADA DE ELECCIÓN DE SISTEMA DE PENSIONES –  
LEY N° 28991<sup>8</sup>

Yo, **CARLOS CIRILO HUMPIRE BUSTINCIO**

..... identificado con DNI N° **01343353** .....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(SI) me encuentro afiliado(a) al siguiente Sistema Pensionario:

<input type="checkbox"/> SNP (Sistema Nacional de Pensiones)	<input checked="" type="checkbox"/> AFP (Sistema privado de pensiones)
Integra <input type="checkbox"/>	Profuturo <input checked="" type="checkbox"/>
Habitad <input type="checkbox"/>	Prima <input type="checkbox"/>

CUSPP:

Fecha Afiliación:

No estar afiliado a ningún sistema de pensiones y voluntariamente deseo afiliarme al:

- ( ) Sistema Nacional de Pensiones (ONP)
- ( ) Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Dado en la ciudad de **ILAVE** a los **30** días del mes de **ENERO** del 20**24**...

  
.....  
Firma  
DNI: **01343353** .....



Huella dactilar  
(Índice derecho)

Declaro tener conocimiento de los alcances, del TUO de la LPAG, asimismo, declaro que la información que consigno en el presente documento es real y veraz, en caso de detectarse fraude o falsedad, me someteré a la sanción que establece la Ley.



<sup>8</sup> Artículo 16 de la Ley N° 28891, Ley de Libre Desafiliación Informada, Decreto Supremo N° 009-2008-TR y Decreto Supremo N° 063-2007-EF.

# BOLETÍN NACIONAL DE DOCENTES BILINGÜES EN LENGUAS ORIGINARIAS DEL PERÚ 2023

Documento, luego escriba el número de su DNI y haga clic en "Buscar datos"

Numero del documento:

**BUSCAR DATOS**

01343353
CARLOS CIRILO
HUMPIRE
BUSTINCIO

	LENGUA ORIGINARIA SIN VARIANTE	AÑO DE PERMANENCIA EN EL REGISTRO	AÑO EVALUACIÓN	DRE EVALUACIÓN	UGEL EVALUACIÓN
	AIMARA	2024	2021	DRE PUNO	210004-UGEL EL COLLAO
COLLAO)	QUECHUA SUREÑO	2026	2023	DRE PUNO	210004-UGEL EL COLLAO

Los que se evaluaron el 2021 tienen 3 años de vigencia (2024), los que se evaluaron el 2022 vence el 2025 y los que se evaluaron el 2023 vence el 2026. El nivel de dominio mínimo que se pide para nombramiento, reasignación, permuta, reasignación por racionalización, se especifica en el anexo 2 de la RM N° 646-2018-ED. En el caso de contratación, se rige a los lineamientos especificados en la norma respectiva.

## REPORTE DE SITUACIÓN PREVISIONAL EN EL SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES :

Información al:

Información al : 04/02/2025 20:28:17

Estimado usuario:

Como resultado de la consulta realizada a través del Portal Web, se ha determinado lo siguiente:

Se encuentra afiliado(a) al SPP desde el	05/11/1996
Actualmente se encuentra afiliado(a) a	Profuturo
Su Código de Identificación del SPP es	583031CHBPTO
Su situación actual es	Afiliado
La fecha de devengue de su último aporte es	12/2024

### MUY IMPORTANTE

#### Situación del Afiliado

ACTIVO, según los datos que aparecen en la parte superior.

#### Aportes Obligatorios

De acuerdo a la información proporcionada por la AFP, durante los últimos seis (6) meses el afiliado registra aportes obligatorios, motivo por el cual puede verificar la fecha de devengue del último aporte a efectos de determinar si éste corresponde al último que su empleador ha efectuado (en caso tuviera la condición de trabajador dependiente) o, el que usted ha pagado (si tiene la condición de trabajador independiente).

En caso la información no concuerde con el último período pagado, sería conveniente se ponga en contacto con la AFP para determinar la situación de sus aportes. Recuerde que los aportes acreditados resultan necesarios para efectos de la evaluación de la cobertura del seguro previsional ante una contingencia de invalidez o fallecimiento.

En caso tuviera dudas con relación al presente documento, sirvase contactar a la Superintendencia al teléfono gratuito a nivel nacional : 0800-10840.

Si usted desea que la AFP se ponga en contacto con usted, hacer click

[Aquí](#)

[Consultar otro registro](#)

[Imprimir](#)

**CONSTANCIA DE CONSULTA DE CCI  
CUENTA DE AHORROS EN MN**

Titular de Cuenta:	HUMPIRE BUSTINCIO CARLOS CIRILO
Canal empleado:	Multired Virtual
N° Cuenta de Ahorros:	04-709-189978
N° CCI:	018-709-004709189978-62
Fecha:	04/02/2025
Hora:	20:35:36