

**UNIDAD EJECUTORA 408  
HOSPITAL DE ESPINAR**

**BASES DEL PROCESO DE  
CONVOCATORIA**

**CONVOCATORIA PARA LA  
CONTRATACIÓN DE PROFESIONAL  
TECNICO DE LA SALUD  
TECNICO EN FARMACIA  
(D.LEG.1153)**

**(01-2021)**

## BASES

### CAPITULO I

#### GENERALIDADES

##### 1.1 ENTIDAD CONVOCANTE:

UNIDAD EJECUTORA : 408- HOSPITAL DE ESPINAR

##### 1.2 OBJETO:

La Unidad Ejecutora 408- Hospital de Espinar; requiere con carácter de urgencia Contratar los Servicios de Personal Profesional Técnico de la Salud: Técnico en Farmacia para que garantizar la atención recuperativa y preventiva, consultorio externo, emergencia, hospitalización e incrementar la producción.

##### 1.3 BASE LEGAL:

- ✓ Decreto Legislativo N° 1153 y normas complementarias.
- ✓ Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- ✓ Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.
- ✓ Ley N° 28561, Ley que regula el trabajo de los Técnicos y Auxiliares asistenciales de la Salud.
- ✓ Ley N° 28970 Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos y su reglamento aprobado por decreto Supremo N° 002-2007-JUS.
- ✓ Ley N° 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al estado, bajo cualquier modalidad contractual y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 019-2002-PCM.
- ✓ Ley N° 27736 Ley para la Transmisión Radial y Televisiva de ofertas laborales y su reglamento aprobado por D.S. N° 012-2004-TR.
- ✓ Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y su Reglamento.
- ✓ Ley 29248, Ley del Servicio Militar y su reglamento.
- ✓ Ley N° 27815, Código de Ética de la Función Pública, su reglamento y modificatoria.
- ✓ Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
- ✓ Decreto Supremo N° 005-90-PCM, Reglamento del decreto Legislativo 276.
- ✓ Resolución de Presidencia ejecutiva N° 061-2010-SERVIR/PE, establecen criterios para asignar una bonificación en concursos para puestos de trabajo en la administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 052-2010-SERVIR/PE, Aprueba la directiva n° 001-2016-SERVIR/GDSRH, Normas para la gestión del proceso de diseño de puestos y MPP.
- ✓ R.D. N° 032-2021-UEHE-DE/UGYDPH, aprueba la conformación del COMITÉ DE PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL PARA EL AÑO 2021.

##### 1.4 TIPO DE EVALUACION:

Evaluación curricular según los términos de referencia adjuntos al presente documento.



**1.5 MODALIDAD CONTRACTUAL:**

Decreto Legislativo N° 1153 – Modalidad 276.

**1.6 FUENTE DE FINANCIAMIENTO:**

Recursos Ordinarios.

**1.7 ALCANCES DEL REQUERIMIENTO:**

El requerimiento está definido, en los términos de referencia, de la presente convocatoria.

**1.8 CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATADO:**

Decreto Legislativo N° 1153 – Modalidad 276.

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación de servicio.	U.E. 408 – Hospital Espinar
Duración de contrato	Un mes (renovable)
Remuneración mensual	Según Plaza Ofertada

**TERMINOS DE REFERENCIA ESPECIFICOS POR EL GRUPO OCUPACIONAL****TECNICO EN FARMACIA**

REQUISITOS	DETALLE
Formación académica, grado académico y/o nivel de estudio.	PROFESIONAL TECNICO DE LA SALUD: TECNICO EN FARMACIA
Experiencia	Experiencia profesional no menor de 01 año en el sector público y/o privado, ejerciendo las funciones materia del contrato.
Competencia y características del puesto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto grado de autoestima, liderazgo, trabajo en equipo y responsabilidades para alcanzar el bienestar común.</li> <li>- Motivación para la búsqueda y el logro de metas.</li> <li>- Integridad, honestidad, normas de conducta, principios y ética.</li> <li>- Proactividad, tolerancia y flexibilidad.</li> <li>- Capacidad para trabajar en equipo.</li> <li>- Capacidad para trabajo bajo presión.</li> <li>- Sensibilidad social y humanística.</li> <li>- Lealtad a la entidad, compañeros de trabajo y sus directivos, entre otros.</li> <li>- Habilidades y cualidades personales.</li> <li>- Conocimiento en el descargo de FUAS y otros.</li> <li>- Conocimiento en el manejo de almacenes.</li> </ul>
Requisitos mínimos	<b>Profesional Técnico de la Salud: Técnico en Farmacia.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Título profesional técnico de Instituto Superior Tecnológico.</li> <li>- Conocimiento y/o capacitación en ofimática.</li> <li>- Conocimiento del sistema informático SISMED</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia de trabajo en establecimientos farmacéuticos.</li> <li>- Capacidad de trabajo a presión.</li> <li>- Disponibilidad Inmediata.</li> <li>- Conocimiento de manejo de almacenes.</li> <li>- No contar con Co morbilidad para COVID 19.</li> <li>- Declaración Jurada de no Tener Incompatibilidades para contratar con el Estado ni con la entidad.</li> <li>- No mayor a 60 años.</li> <li>- Llenar los anexos Adjuntos.</li> </ul>
--	--

**CAPITULO II**

**CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO**

**2.1. COMISION DEL PROCESO DE SELECCIÓN:**

El presente proceso de selección constará de Evaluación Curricular; el proceso lo lleva a cabo la Dirección de Administración; Unidad de Gestión de Desarrollo del Potencial Humano y el Representante del Área Usuaria.

**2.2 CRONOGRAMA:**

Nº	ETAPAS DEL PROCESO	FECHA
<b>CONVOCATORIA</b>		
1	PUBLICACION Y CONVOCATORIA	23/03/21 AL 29/03/2021
2	INSCRIPCION Y RECEPCION DE DOCUMENTOS EN MESA DE PARTES DE LA INSTITUCION Y CORREO ELECTRONICO (De manera presencial y/o por la página web) <a href="mailto:personal@hospitalespina.gov.pe">personal@hospitalespina.gov.pe</a>	24/03/2021 AL 26/03/2021 08:00 A 15:00 29/03/2021 DE 08:00 AM. A 12:00 M
<b>SELECCION</b>		
3	EVALUACION DE EXPEDIENTES	29/03/2021 HORAS: 14:00 PM
4	PUBLICACION DE RESULTADOS	30/03/2021 HORAS: 09:00 AM
	PRESENTACION DE RECLAMOS	30/03/21 HORAS: 12:00 M
	ABSOLUCION DE RECLAMOS	30/03/21 HORAS: 15:00 AM
	PUBLICACION DE RESULTADOS FINALES	31/03/21 HORAS: 09:00 AM
<b>ADJUDICACION DE PLAZA</b>		
5	ADJUDICACION	31/03/2021 HORAS 12:00 M



NOTA: Si va presentar si file de forma virtual debe de estar en formato PDF de forma ordenada y todo el documento.

### 2.3 DE LA ETAPA DE EVALUACION:

Los factores de la evaluación del proceso de selección están distribuidos de la siguiente manera:

EVALUACIONES	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
Evaluación Curricular	(*)	100%
PUNTAJE TOTAL		100%

(\*) Evaluación Curricular: tiene como puntaje máximo cien (100%) y es de carácter eliminatorio. Los postulantes que no presenten su curriculum vitae y no sustenten con documentos el cumplimiento de los requisitos señalados en la convocatoria, serán DESCALIFICADOS.

### 2.4 CUADRO DE EVALUACION GENERAL:

ASPECTOS A CALIFICAR	PUNTOS MAXIMOS
1. TITULO	40
2. CAPACITACIONES: Su calificación se computara con un máximo de 20 puntos en la forma siguientes; relacionadas al cargo que postula. 2.1 Cursos hasta tres meses (01 punto por curso) máximo 03 puntos 2.2 Cursos mayores a 3 y menores a 6 meses (01 punto por curso) máximo 03 puntos 2.3 Cursos mayores a 6 y menores de 9 meses (02 puntos por curso) máximo 06 puntos 2.4 Cursos mayores a 9 meses (04 puntos por curso) máximo 08 puntos	25
3. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y/O LABORAL: relacionada al cargo que postula. La calificación máxima por este concepto será de 05 puntos acumulables, siendo 01 punto por cada año de servicio, debidamente acreditado.	25
4. MERITOS Y FELICITACIONES Otorgadas por instituciones públicas, máximo 05 puntos. Resoluciones de felicitación: 02 puntos por cada una. Cartas, oficios, memorándum y otros documentos, 01 c/u	10
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

### CAPITULO III

#### DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

#### 3.1 LA NO PRESENTACION U OMISION DE LA DOCUMENTACION ES CAUSAL DE LA SEPARACION A LA POSTULACION.

A falta de documentos y/o requisitos se procederá a la exclusión del proceso. No podrá ingresar documento alguno una vez realizada la inscripción.



### 3.2 COMPONENTES DE EVALUACION:

Es requisito que el Registro Único de Contribuyente se encuentre en Estado: **ACTIVO** y en condición de **HABIDO**.

Los resultados de la evaluación serán publicados en el plazo indicado precedentemente precisando el orden de mérito, siendo de esta manera notificados y aptos para proceder a la adjudicación de la plaza y suscripción del contrato.

Al puntaje final que corresponda deberá agregarse la bonificación especial determinada por Ley para las personas con discapacidad, para el personal licenciado de las FF.AA. y quintil de pobreza en el caso de los profesionales de la salud.

### 3.3 SUSCRIPCION DEL CONTRATO:

- Dentro de la fecha señalada según cronograma, la persona seleccionada deberá acercarse a la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano a suscribir contrato:
- **EL POSTULANTE ADJUDICATARIO DEBERA ACERCARSE CON SU FILE EN ORIGINAL, SI LO PRESENTO EN FORMA VIRTUAL.**

Toda presentación de documentos falsos y/o adulterados, así como la falsedad en las declaraciones juradas presentadas en el proceso de selección, será causal para la anulación inmediata del contrato; sin perjuicio de las acciones administrativas y judiciales a que hubiera lugar.

### 3.4 OTROS:

**EL PROCESO PUEDE SER DECLARADO DESIERTO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:**

- Cuando no se presentaran postulantes al proceso de selección.
- Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
- Cuando no habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las etapas de evaluación del proceso.

**EL PROCESO PUEDE SER CANCELADO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS, SIN QUE SEA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD:**

- a) Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- b) Por restricciones presupuestales.
- c) Otros supuestos debidamente justificados.

El Director Ejecutivo del Hospital Espinar, será el funcionario encargado de la suscripción de los contratos, así como de la rescisión o resolución de los mismos y de remitir las notificaciones relacionadas a dichos actos según requerimientos cursados por el Área Usuaría.

Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano el Hospital de Espinar



ANEXO (01)

**Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020**

 <b>PERU</b> Ministerio de Transportes e Infraestructura		Oficina General de Recursos Humanos		Foto actualizada	
<b>Ficha Única de Datos</b>					
La Oficina General de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.					
<b>DATOS PERSONALES</b>					
Apellidos y Nombres:					
DNI N°		RUC N°			
Fecha de nacimiento		/ /		Distrito-Provincia-Departamento	
Teléfono fijo		Teléfono móvil			
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo			
Enfermedades/Alergias					
En caso de emergencia contactar a:					
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente					
Discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tipo de discapacidad <input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales					
<b>DOMICILIO</b>					
Tipo de Vía (marcar con "X")					
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Paseo <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Óvalo <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Camarera <input type="checkbox"/> Trocha <input type="checkbox"/> Otros: Especificar					
Nombre de la vía:		Número:			
		Interior:			
Tipo de Zona (marcar con "X")					
<input type="checkbox"/> Urbanización <input type="checkbox"/> Pueblo Joven <input type="checkbox"/> Unidad Vecinal <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Zona Industrial <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Caserío <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Otros especificar					
Nombre de la zona:		Número:			
		Interior:			
Ubicación geográfica:		Departamento		Provincia	
				Distrito	
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)					
<b>DATOS FAMILIARES</b>					
Apellidos y Nombres:		Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			



**DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS**

Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado	/ /	Nº de Colegiatura	

**Estudios Superiores (Universitario - Técnico)**

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)**

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/ Egresado/ Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**Especialización - Diplomados**

Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**Cursos - Seminarios**

Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**IDIOMAS**

Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado



**DATOS LABORALES**

Experiencia Laboral			
Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

Labores de docencia			
Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

**DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES**

Declaro bajo juramento lo siguiente:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso correspondiente)
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY Nº 30784
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MYS.
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SER CÓNYUGE CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGÜINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORIAS O CONSULTORIAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ORGANOS COLEGIADOS
SI	NO	

LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Fecha	/ /	Firma:	
	Día Mes Año		



ANEXO (02)  
SOLICITUD POSTULANTE

Solicito: Inscripción para el Concurso de  
Contratación Administrativa de Servicios

SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACION CONCURSO D. Leg 276 DE LA UNIDAD  
EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR

Yo: \_\_\_\_\_, Identificado (a) con DNI  
Nº \_\_\_\_\_, y domiciliado en \_\_\_\_\_ ante  
usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, enterado (a) de los requisitos y condiciones que establece la Convocatoria Nº 001-2021-  
G.R.CUSCO/DRSC/U.E. 408/UGDPH, Concurso DL 276 de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de  
Espinar, publicada en la página Web Institucional, solicito a usted mi inscripción y por lo tanto  
considerarme como postulante para la Plaza y/o Puesto de Trabajo: \_\_\_\_\_  
para prestar los servicios en \_\_\_\_\_ PARA LO CUAL ADJUNTO a mi  
expediente sustentado con los requisitos que consta de: \_\_\_\_\_Folios.

**POR LO TANTO:**

Solicito a usted aceptar mi solicitud de acuerdo a  
los fundamentos que anteriormente menciono.

Espinar \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ el 202 \_\_\_\_\_

-----  
Firma del Solicitante

DNI Nº \_\_\_\_\_

RUC Nº \_\_\_\_\_

Teléf. \_\_\_\_\_

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

Nota: Especificar Cargo y/o Puesto.



**ANEXO N° (03)**  
**DECLARACION JURADA**

El/La que suscribe ....., identificado/a con DNI N° ....., y con RUC N° ....., con domicilio en ....., con estado civil ....., natural del distrito de ....., Provincia ....., Departamento de .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

1. No tener proceso pendiente ni haber sido sancionado con cese, destitución o despido, por falta administrativa disciplinaria o proceso de determinación de responsabilidades administrativas, así como no haber sido despedido debido al desempeño negligente o insuficiente del ejercicio de mis funciones (De haberlo sido: deberá adjuntar la documentación que acredite su rehabilitación)
2. No estar comprendido dentro de los impedimentos de la Ley 28175, es decir no recibir otra remuneración, retribución, emolumento o cualquier otro tipo de ingreso de Institución Pública.
3. No tener inhabilitación administrativa o judicial, para celebrar Contratos Administrativos de Servicios o ejercer cargo en Entidades del Estado.
4. No encontrarme apto al Nombramiento.
5. No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido –RNSDD.
6. No estar incurso en caso de Nepotismo, por tanto no tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la Gerencia Regional de Salud Moquegua que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección, según el marco de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, modificado por el Decreto Supremo N° 034-2005-PCM
7. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
8. No tener antecedentes policiales, penales y/o judiciales.
9. No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos.
10. Tener disponibilidad inmediata a la fecha prevista para la suscripción del contrato administrativo de servicios con la Gerencia Regional de Salud Moquegua convocante del presente proceso de contratación.
11. Tener buena salud física y mental.
12. Que soy responsable de la veracidad de todos los documentos e información que presento a efectos del proceso.

Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe falsedad alguna en mi participación en el presente proceso, me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal.

Espinar ..... de ..... del 2,02.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DECLARANTE

Art. 329-Ley 27444. En caso de comprobarse fraude, falsedad en la declaración o información presentada por el administrado, la entidad considerará no satisfecha la exigencia para todos sus efectos procediendo a comunicar el hecho para que se declare la nulidad del acto administrativo, imponga a quien haya empleado dicha declaración una multa, y de ser el caso comunicar al hecho al Ministerio Público para la denuncia correspondiente.

ANEXO (04)

DECLARACION JURADA DE AFILIACION A REGIMEN PENSIONARIO

• **REGIMEN PENSIONARIO**

Elijo el siguiente régimen de pensiones:

<input type="checkbox"/> Sistema Nacional de Pensiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sistema Privado de Pensiones	Integra	<input type="checkbox"/>
			Pro Futuro	<input type="checkbox"/>
			Horizonte	<input type="checkbox"/>
			Prima	<input type="checkbox"/>

CUSP N° .....

• Otros.....

Espinar .... de ..... de 202.....

.....  
FIRMA



ANEXO (05)

DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO

(Ley N° 26771, D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. N° 017-2002, D.S. N° 034-2005-PCM y Modificatoria por Ley N° 30294)

Yo .....

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres

Identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N° .....

Domicilio en .....

Distrito de..... Provincia de..... Departamento

....., Prestando servicios en .....

Como, .....

Contrato bajo el régimen .....

Declaro bajo juramento SI  NO

Tener vínculo familiar hasta el 4º grado de consanguinidad(1) 2º grado de afinidad(2), por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia con algún funcionario de dirección y/o personal que ejerza cargo de jefatura de un servicio y/o trabajo en la unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar.

En caso de haber consignado una respuesta afirmativa sírvase indicar los datos de la autoridad; funcionario; trabajador con el cual tiene vínculo familiar:

Apellidos y Nombres	Nivel Jerárquico o cargo	Servicio / Unidad / Área	Grado de Consanguinidad	Fecha en que ejerce o ejerció el cargo (el trabajador)

Declaro que la información proporcionada se ajusta a la verdad y tengo conocimiento que si lo declaro es falso, estoy sujeto a las sanciones administrativas y penales establecidas por ley, siendo posible de cualquier fiscalización posterior que el Comando Conjunto considere pertinente.

.....  
Firma

Fecha: Espinar; ..... del 2021

- (1) HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD: Padres, abuelos, bisabuelos, hijos, nietos, hermanos, tíos (hermanos de padres), y primos hermanos.
- (2) HASTA EL SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD: Cónyuge (Por matrimonio, unión de hecho o convivencia), hijos solo de su cónyuge, abuelos paternos o maternos del cónyuge, yerno, nuera, suegros y cuñados.

