



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

**BASES**

**PROCESO CAS N° 007-2017-GRJ-DIRESA JUNIN**

**CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA**





DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**PROCESO CAS Nº 007- 2017-GRJ-DIRESA JUNIN**

**I. GENERALIDADES**

**1. Objeto de la Convocatoria, Código y Cantidad:** Contratar los servicios de:

ITEM	CODIGO	CANT.	DESCRIPCION	LUGAR
01	DEMID -01	01	Químico Farmacéutico	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas DIRESA-JUNIN.
02	DEMID -02	03	Vigilante	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas DIRESA-JUNIN.
03	SAMU-05	01	Técnico Enfermera	Central Reguladora de Sistema de Atención Móvil de Urgencias DIRESA-JUNIN.

**2. Base Legal:**

- Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, modificado por Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.
- Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga Derechos Laborales.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015.
- Resolución Directoral Administrativa N° 141-2014-GRJ/ORAF
- Las demás disposiciones que regulen el Contrato Administrativo de Servicios.

**II. PERFIL DEL PUESTO**

**CODIGO: DEMID-01 Químico Farmacéutico** (Almacén especializado de medicamentos)

REQUISITOS	DETALLE
<b>Formación académica, Grado académico y/o Nivel de estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Título Profesional Universitario de Químico Farmacéutico copia legalizada.</li> <li>○ Resolución de Término de SERUMS</li> <li>○ Habilidad profesional vigente.</li> </ul>
<b>Conocimientos y/o estudios, acreditar con constancias o certificados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacitación en BPA y suministro de medicamentos.</li> <li>○ Conocimiento en Office nivel de usuario.</li> </ul>
<b>Experiencia Laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral mínimo dos 02 años.</li> </ul>
<b>Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilidad de palabra y comunicación interpersonal.</li> <li>○ Capacidad para desempeñar trabajos bajo presión.</li> <li>○ Ética y valores: solidaridad, honradez, puntualidad y responsabilidad.</li> <li>○ Trabajo en Equipo</li> <li>○ Liderazgo.</li> </ul>



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

<p><b>Características del Puesto o Descripción del Servicio a Prestar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asegurar que se cumpla las buenas prácticas de almacenamiento de productos farmacéuticos y afines en el almacén especializado, según el manual de procedimientos y especificaciones establecidas.</li> <li>○ Supervisar y coordinar la distribución de los productos farmacéuticos y afines a los establecimientos de salud de nuestra jurisdicción haciendo que el cronograma establecido se cumpla.</li> <li>○ Evaluar tendencia de stock en el almacén especializado.</li> <li>○ Supervisión y monitoreo de las fechas de espiración.</li> <li>○ Apoyar al jefe del almacén en tramitar canjes de productos farmacéuticos con riesgo de vencimiento.</li> <li>○ Apoyar al jefe del almacén en las coordinaciones de las transferencias de medicamentos que se encuentran con sobrestock, substock o con riesgo en la fecha de vencimiento.</li> <li>○ Coordinar monitoreos e inventarios.</li> <li>○ Realizar el monitoreo de productos observados del AEM y coordinar con el área respectiva de acuerdo con la normatividad vigente.</li> <li>○ Realizar el monitoreo interno de los medicamentos e insumos, stock, fecha de expiración, TCV, limpieza del almacén e informar.</li> <li>○ Supervisar las acciones del personal que labora dentro del AEM.</li> <li>○ Supervisar y vigilar los ingresos de las órdenes de compra y otros al software.</li> <li>○ Supervisar y vigilar los movimientos de existencias en la TCV.</li> <li>○ Realizar auditorías internas de las instalaciones, productos, personal y gestión.</li> <li>○ Apoyar en la digitación de guías de remisión de ser necesario.</li> <li>○ Otras funciones asignadas por el jefe de almacén.</li> </ul>
---	--

**CODIGO: DEMID-02 (3) Vigilante** (Almacén especializado de medicamentos)

REQUISITOS	DETALLE
<p><b>Formación académica, Grado académico y/o Nivel de estudio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Secundaria completa - copia legalizada.</li> </ul>
<p><b>Conocimientos y/o estudios, acreditar con constancias o certificados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacitación en servicios de seguridad.</li> <li>○ Conocimiento en Office nivel de usuario.</li> </ul>
<p><b>Experiencia Laboral</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en vigilancia mínimo 03 años.</li> </ul>
<p><b>Competencias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilidad de palabra y comunicación interpersonal.</li> <li>○ Capacidad para desempeñar trabajos bajo presión.</li> <li>○ Ética y valores: solidaridad, honradez, puntualidad y responsabilidad.</li> <li>○ Trabajo en Equipo</li> <li>○ Orientación De servicios al Ciudadano.</li> </ul>
<p><b>Características del Puesto o Descripción del Servicio a Prestar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verificar los bienes que ingresa y salen del almacén especializado de medicamentos.</li> <li>○ Custodiar los bienes que ingresan del almacén especializado.</li> <li>○ Verificar el ingreso y salida de las personas en el almacén.</li> <li>○ Apoyar a la responsable del almacenamiento en el cumplimiento de las BPA.</li> <li>○ Ejecutar la limpieza del AEM</li> <li>○ Otras funciones que le designe la responsable del almacén especializado y el responsable de almacenamiento.</li> </ul>



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**CODIGO: SAMU-03 Técnico Enfermera**

REQUISITOS	DETALLE
<b>Formación académica, Grado académico y/o Nivel de estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Título a nombre de la nación de Técnico Enfermera Copia legalizada</li> </ul>
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Certificado de acreditación en RPC Básico.</li> <li>○ Conocimientos en Microsoft Office e Internet nivel usuario.</li> <li>○ Conocimiento en manejo de Emergencia y Desastres.</li> </ul>
<b>Experiencia Laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en Sector Público acreditado mínima un (01) año.</li> </ul>
<b>Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puntualidad</li> <li>○ Honestidad</li> <li>○ Responsabilidad / Iniciativa</li> <li>○ Buenas relaciones interpersonales</li> <li>○ Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.</li> <li>○ Valores éticos.</li> </ul>
<b>Características del Puesto o Descripción del Servicio a Prestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención integral de Salud en Emergencias y Urgencias.</li> <li>○ Atención medica de urgencias y emergencias a población vulnerable en la Central de Regulación del SAMU y ambulancias asignadas.</li> <li>○ Apoyo en la ejecución de actividades que se realiza en DIRESA Junín.</li> <li>○ Participar en capacitación y actividades que realiza la oficina Defensa Nacional de la DIRESA JUNIN</li> <li>○ Otras funciones que asigne su jefe inmediato.</li> </ul>

**III. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO**

CONDICIONES	DETALLE
<b>Lugar de prestación del Servicio</b>	Jr. Julio C. Tello N° 488 – El Tambo - Huancayo
<b>Duración del Contrato</b>	Tres (03) meses.
<b>Remuneración mensual</b>	<p>Químico Farmacéutica <b>DEMID-01</b> S/ 1,800.00 Nuevos Soles Fuente de Financiamiento RO Meta 062</p> <p>Vigilante <b>DEMID-02</b> S/ 1,200.00 Nuevos Soles Fuente de Financiamiento RDR Meta 063</p> <p>Tec. Enfermera <b>SAMU-03</b> S/ 1,200.00 Nuevos Soles Fuente de Financiamiento RO Meta 038</p> <p><i>Los montos establecidos Incluyen afiliaciones de Ley, así como toda deducción aplicable al trabajador.</i></p>
<b>Otras condiciones esenciales</b>	No tener impedimentos para contratar con el Estado. No tener antecedentes judiciales, policiales, penales o de proceso de determinación de responsabilidades. No tener sanción por falta administrativa vigente.



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

#### IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA	RESPONSABLE
1	Aprobación de la Convocatoria.	25 de Abril del 2017	CECAS
<b>CONVOCATORIA</b>			
3	Publicación de la Convocatoria en DIRESA JUNIN y Recepción de Curriculum Vitae en mesa de partes	Del 26 de Abril al 02 de Mayo del 2017	COMISION / OITE
<b>SELECCIÓN</b>			
4	Evaluación Curricular	03 de Mayo del 2017 (8:00am)	COMISIÓN
5	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular en la Página Web de la DIRESA.	04 de Mayo del 2017 (6:00pm)	COMISIÓN / OITE
6	Entrevista Personal	05 de Mayo del 2017 (8:30 am DIRESA)	COMISIÓN
7	Publicación de los resultados de la Entrevista Personal y Resultado Final en la Web de la DIRESA JUNIN.	08 de Mayo del 2017 (6:00pm)	COMISIÓN / OITE
8	Adjudicación de Plazas	09 de Mayo del 2017 (7:45am)	COMISIÓN / OITE
<b>SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO</b>			
10	Suscripción y Registro del Contrato, previa presentación de documentos presentados en Evaluación de Hoja de Vida debidamente legalizados.	Desde el día siguiente de la publicación del resultado final hasta el quinto día hábil	OEGDRH

#### V. FACTORES DE EVALUACIÓN

Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán los siguientes puntajes:

EVALUACIONES	PESO	PUNT. MIN.	PUNT. MAX.
<b>EVALUACIÓN DE CURRICULUM VITAE</b>	<b>50%</b>	<b>20</b>	<b>50</b>
1. Formación académica			18
2. Experiencia			17
3. Capacitación			15
<b>ENTREVISTA PERSONAL</b>	<b>50%</b>	<b>20</b>	<b>50</b>
1. Dominio Temático			16
2. Capacidad Analítica			14
3. Facilidad de Comunicación			10
4. Ética y Competencias			10
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>100%</b>		<b>100</b>



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

**VI. DE LA CALIFICACIÓN**

Cada Etapa de Evaluación es eliminatoria, debiendo el postulante alcanzar el puntaje mínimo aprobatorio señalado para pasar a la siguiente etapa.

El proceso de selección se llevará a cabo a través del Comité designado por la Dirección General

**1. Estudios de Especialización**

Cada curso de especialización debe tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de **90 horas lectivas** (por tanto los certificados deben indicar el número de horas lectivas, para ser tomadas en cuenta), cabe precisar que se considerarán los estudios de especialización relacionados con el servicio materia de la convocatoria.

**2. Cursos**

Comprende aquellos cursos u otras actividades de formación académica **menores de 24 horas**.

**VII. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

1. Presentar los formatos siguientes, que deberán ser descargados de la Pagina Web Institucional de la DIRESA JUNIN por el **POSTULANTE**, luego impresos debidamente llenados, sin enmendaduras, firmados y con huella digital en original, de lo contrario la documentación presentada quedará **DESCALIFICADA**:

- a Anexo N° 01 : Contenido de Hoja de Vida.
- b Anexo N° 02 : Declaración Jurada de no tener inhabilitación vigente según RNSDD.
- c Anexo N° 03 : Declaración Jurada de no tener deudas por concepto de alimentos.
- d Anexo N° 04 : Declaración Jurada de Nepotismo (D.S. N°034-2005-PCM).
- e Anexo N° 05 : Declaración Jurada de antecedentes policiales, penales y de buena salud.

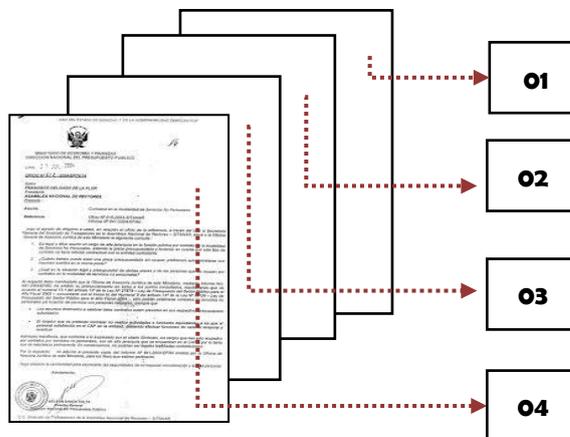
La información consignada en los Anexos N° 02, 03, 04 y 05 tienen carácter de **Declaración Jurada**, siendo el **POSTULANTE** responsable de la información consignada en dichos documentos y sometiéndose al procedimiento de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

2. El postulante presentará la documentación sustentatoria en el orden que señala el Formato del Anexo N° 01 Contenido de Hoja de Vida (I. Datos Personales, II. Estudios realizados, III. Cursos y/o Estudios de Especialización y IV. Experiencia Laboral). Dicha documentación deberá satisfacer todos los requisitos indicados en el Perfil del Puesto, caso contrario será considerado como **NO APTO**.

En el contenido del Anexo N° 01, el postulante deberá señalar el N° de Folio que contiene la documentación que sustente el requisito señalado en el Perfil del Puesto.

3. La documentación en su totalidad (**incluyendo la copia del DNI y los Anexos 01, 02, 03, 04 y 05**), deberá estar debidamente **FOLIADA en número, comenzando por el último documento. No se foliará el reverso o la cara vuelta de las hojas ya foliadas, tampoco se deberá utilizar a continuación de la numeración para cada folio, letras del abecedario o cifras como 1º, 1B, 1 Bis, o los términos “bis” o “tris”**. De no encontrarse los documentos foliados de acuerdo a lo antes indicado, asimismo, de encontrarse documentos foliados con lápiz o no foliados o rectificados, el postulante quedará **DESCALIFICADO** del proceso de selección.

**Modelo de Foliación:**



4. El cumplimiento de los **REQUISITOS INDICADOS EN EL PERFIL DEL PUESTO**, deberán ser **ACREDITADOS ÚNICAMENTE** con copias simples de Diplomas, Constancias de Estudios realizados, Certificados de Trabajo y/o Constancias Laborales o según el requerimiento.

**Casos especiales:**



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



### “AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

- Para acreditar tiempo de experiencia mediante Resolución Ministerial por designación o similar, deberá presentarse tanto la Resolución de inicio de designación, como la de cese del mismo.
  - Para acreditar habilitación de colegiatura (en caso de ser requerido en el Perfil del Puesto), deberá presentar el **Certificado de Habilitación** del colegio profesional correspondiente.
5. Adjuntar **fotocopia legible** del **Documento Nacional de Identidad – DNI vigente**, caso contrario el postulante quedará **DESCALIFICADO** del proceso de selección.
  6. El Currículum Vitae presentado no será devuelto al postulante.
  7. La recepción de las Hojas de Vida documentadas será desde las 08:30 hasta las 17:00 horas en un **sobre cerrado, en las fechas establecidas según cronograma en la Oficina de Tramite Documentario de la Dirección Regional de Salud Junín, sito en el Jr. Julio C. Tello 488 – El Tambo - Huancayo**, con atención a la Comisión Especial CAS, conforme al siguiente detalle:

Señores  
**DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN**  
Comité Especial CAS

**PROCESO DE CONTRATACIÓN CAS Nº 007 -2017-DIRESA JUNIN**

**OBJETO DE LA CONVOCATORIA:**  
**CÓDIGO DE LA CONVOCATORIA :**

APELLIDOS:  
NOMBRES:  
DNI:

**NÚMERO DE FOLIOS PRESENTADOS: \_\_\_\_\_**

### VIII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO

#### 1. Declaratoria de Desierto del proceso de selección:

El proceso de selección puede ser declarado Desierto en alguno de los supuestos siguientes:

Cuando no se presenta ningún postulante al proceso de selección.

Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.

Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo aprobatorio en cualquiera de las etapas de la evaluación del proceso de selección.

#### 2. Cancelación del proceso de selección:

El proceso de selección puede ser cancelado, sin que sea responsabilidad de la entidad, en cualquiera de los supuestos siguientes:

Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso.

Por restricciones presupuestales.

Otros supuestos debidamente justificados.

### IX. DE LAS BONIFICACIONES

Se otorgará una bonificación del 10% sobre el puntaje obtenido en la Etapa de Entrevista Personal, a los postulantes que hayan acreditado ser Licenciados de las Fuerzas Armadas, de conformidad con la Ley 29248 y su Reglamento.

Asimismo, las personas con discapacidad que cumplan con los requisitos para el cargo y hayan obtenido un puntaje aprobatorio, obtendrán una bonificación del 15% del puntaje final obtenido, según Ley 28164, Ley que modifica diversos artículos de la Ley 27050 – Ley de personas con Discapacidad. Deberán acreditar con la Certificación expedida por CONADIS.

**OFICINA EJECUTIVA DE GESTION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO Nº 01**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**I. DATOS PERSONALES:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Lugar día mes año

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente):** DNI Nº \_\_\_\_\_

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC Nº** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una “x” el tipo):**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Avenida/Calle/Jirón Nº Dpto. / Int.

**URBANIZACIÓN:** \_\_\_\_\_

**DISTRITO:** \_\_\_\_\_

**PROVINCIA:** \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CELULAR:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**COLEGIO PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_

**REGISTRO Nº:** \_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD:** SÍ  NO  Nº \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

**LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:** SÍ  NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

**II. ESTUDIOS REALIZADOS**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia simple).



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

TÍTULO O GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO	CIUDAD / PAÍS	Nº FOLIO
			(Mes / Año)		
DOCTORADO					
MAESTRÍA					
POSTGRADO					
DIPLOMADO					
TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO					
BACHILLER / EGRESADO					
ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros)					

III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:

Nº	NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA INICIO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (Mes / Año)	CIUDAD / PAÍS	Nº FOLIO
1º							
2º							
3º							
4º							

IV. EXPERIENCIA LABORAL

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **SOLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS**, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

a) **Experiencia laboral mínima de.....** (comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº FOLIO
1						



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

<u>Descripción del trabajo realizado:</u>						
2						

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**b) Experiencia en el sector público mínima de.....** (comenzar por la más reciente). Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº FOLIO
1						
<u>Descripción del trabajo realizado:</u>						
2						

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.**

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

**APELLIDOS Y NOMBRES:**  
**DNI:**  
**FECHA:**



Huella Digital

-----  
Firma



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



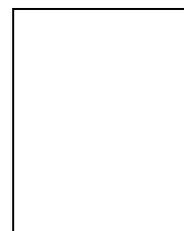
“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO N° 02**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Por la presente, yo ..... , identificado/a con DNI N° ..... , declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD (\*)

Lugar y fecha,.....



Huella Digital



(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **“Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD”**. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



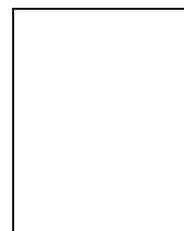
“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo....., identificado/a con DNI N°....., declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

Lugar y fecha,.....



Huella Digital





DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA  
(D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)**

Conste por el presente que el (la) señor(ta) ..... identificado (a) con D.N.I. N° ..... con domicilio en ..... en el Distrito de .....,

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA “X”, según corresponda):**

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO I SOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), DE NOMBRE (S)

.....  
.....  
.....

Quien (es) laboran en esta DIRESA, con el (los) cargo (s) y en la Dependencia (s):

.....  
.....  
.....

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO I SOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), que laboren en esta DIRESA.



Lugar y fecha,.....

-----  
Firma

Huella Digital



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO Nº 05**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

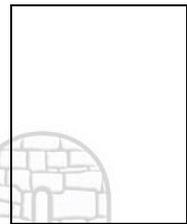
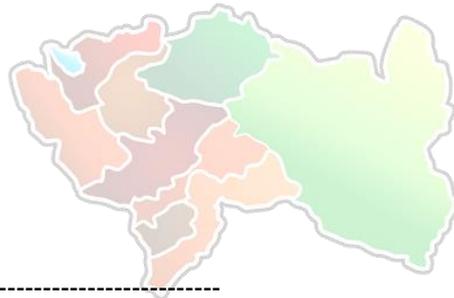
Yo, ....., identificado  
(a) con DNI N° ....., domiciliado en

.....,

declaro bajo juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud.

Lugar y fecha,.....



Huella Digital

Firma

***DESARROLLO SOSTENIBLE CON IDENTIDAD!***