



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

PROCESO DE CONVOCATORIA N° 016 -2016

TÉRMINOS DE REFERENCIA

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE TRES (03) TECNÓLOGOS MÉDICOS PARA EL ÁREA DE BANCO DE SANGRE – DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA

PERFIL DEL PUESTO

Requisitos:

- **Experiencia:** Experiencia mínima de un (01) año en servicios de Banco de Sangre.
- **Competencia:** Capacidad para trabajar en equipo, proactividad, buen trato.
- **Formación Académica:** Título profesional de Tecnólogo Médico.
- **Cursos y/o estudios de especialización:** Cursos de actualización en Banco de Sangre.
- **Conocimientos:** Manejo de Equipos Automatizados (deseable).
- **Otros:** Colegio profesional, Habilidad profesional vigente, SERUMS o proveído.

Características del Puesto y/o Cargo:

- Realizar todas las actividades relacionadas a la atención de donantes.
- Procesar las muestras para la ejecución de grupos sanguíneos de pacientes y donantes, reportar los resultados.
- Realizar el fraccionamiento de las unidades de sangre.
- Realizar procedimientos de aféresis.
- ...

Remuneración mensual:

Dos mil trescientos con 00/100 soles S/ 2,300

Plazo del contrato:

3 Meses (Renovable) desde la suscripción del contrato.

De acuerdo a lo establecido en el art.5 del Decreto Supremo N°065-2011-PCM, el contrato puede ser prorrogado o renovado cuantas veces considere la entidad contratante en función de sus necesidades.

ES OBLIGATORIO QUE TODOS LOS ANEXOS ADJUNTOS SE PRESENTEN DEBIDAMENTE LLENADOS (todos al interior del sobre).

ANEXO 2 – TÉRMINOS DE REFERENCIA
ANEXO 3 – RESUMEN DE LA CONVOCATORIA
ANEXO 4 – FICHA DE POSTULACIÓN
ANEXO 5 – DECLARACIÓN JURADA REDAM
ANEXO 6 – DECLARACIÓN JURADA AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES
ANEXO 7 – DECLARACIÓN JURADA AUSENCIA DE NEPOTISMO
ANEXO 8 – DECLARACIÓN JURADA NO TENER IMPEDIMENTO DE CONTRATAR CON EL ESTADO



"AÑO CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"
PROCESO DE CONVOCATORIA N°016-2015

ANEXO 02

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE TRES TECNOLOGOS MEDICOS PARA EL AREA DE BANCO DE SANGRE-DPTO PATOLOGIA-DISAD

I. GENERALIDADES

1. Objeto de la convocatoria

Contratar los servicios de 03 TECNOLOGOS MEDICOS

2. Dependencia, unidad orgánica y/o área solicitante

DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA - SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO - ÁREA BANCO DE SANGRE

3. Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación

OFICINA DE RECURSOS HUMANOS - AREA DE CONTRATOS CAS

4. Base legal

- a. Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- b. 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.
- c. Las demás disposiciones que regulen el Contrato Administrativo de Servicios.

II. PERFIL DEL PUESTO

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	Experiencia minima un año en Banco de Sangre
Competencias	Capacidad para trabajar en equipo, ser proactivo, buen trato.
Formación Académica, grado académico y/o nivel de estudios	Título Profesional Licenciado en Tecnología Médica Colegio Profesional, habilitación vigente, SERUMS o esten realizandolo, acreditandolo con el proveido.
Cursos y/o estudios de especialización	Cursos de actualización en Banco de Sangre
Conocimientos para el cargo y/o: minimo o indispensables y deseable	Manejo de Equipos Automatizados(deseable)

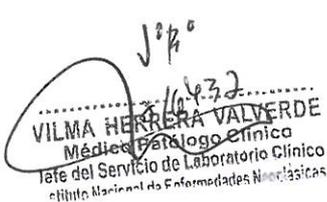
III. CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO

Principales funciones a desarrollar:

- a. Realizar todas las actividades relacionadas a la atención de donantes.
- b. Procesar las muestras para la ejecución de grupos sanguíneos de pacientes y donantes, y reportar los resultados.
- c. Realizar el fraccionamiento de las unidades de sangre
- d. Realizar pruebas serológicas a los donantes (HIV, HTLV I-II, HBsAg, HbCAb, HCV, CHAGAS Y SIFILIS).
- e. Realizar las pruebas automatizadas de compatibilidad y el rastreo de anticuerpos irregulares anti-eritrocitarios a los pacientes y donantes.
- f. Realizar procedimientos de aféresis.
- h. Manejar y controlar los equipos automatizados, semi automatizados y manuales.
- i. Monitorización del Sistema Informático para Laboratorio Clínico.
- j. Capacitación a internos de Tecnología Médica que rotan por el área.
- k. Reporte de resultados al sistema, y cuadernos respectivos.
- l. Verificar la calidad de los procesos en las actividades que realiza.
- m. Cumplir con las normas de bioseguridad.
- n. Disponibilidad para trabajar en horarios rotativos



CARLOS BARRIONUEVO CORNEJO
 Director Ejecutivo Departamento de Patología
 C.M.P. 19740 R.N.E. 9015
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas


VILMA HERRERA VALVERDE
 Médica Patólogo Clínico
 Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas


ENRIQUE ARGUMANIS SANCHE
 CMP. 16437 RE.7635
 Médico Jefe Banco de Sangre
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



"AÑO CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"
PROCESO DE CONVOCATORIA N°016-2015

IV. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO AREA DE BANCO DE SANGRE
Duración del contrato	Inicio: A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO Término: MAYO 2016
Remuneración mensual	S/. 2,300 Nuevos Soles
Otras condiciones esenciales del contrato	

V. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	ÁREA RESPONSABLE
Aprobación de la Convocatoria		JEFATURA INSTITUCIONAL
Publicación del proceso en el Servicio Nacional del Empleo	15 al 28 de enero 2016	AREA DE CONTRATOS CAS-Contratos CAS
CONVOCATORIA		
1 Publicación de la convocatoria en la portal web institucional (www.inen.sld.pe/portal/cas)	29 de enero 2016	AREA DE CONTRATOS CAS-Contratos CAS
2 Presentación de la hoja de vida documentada en sobre cerrado en la siguiente dirección: Av. Angamos Este 2520 - Surquillo (Oficina de Trámite Documentario)	30 de enero al 04 de febrero 2016	OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO
SELECCIÓN		
3 Evaluación de la hoja de vida	05 de febrero	
4 Publicación de resultados de la evaluación de la hoja de vida en el portal web institucional	08 de febrero de 2016	
5 Entrevista Lugar:	09 de febrero de 2016	
6 Publicación de resultado final en en el portal web institucional	10 de febrero de 2016	
SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO		
7 Suscripción del Contrato	Del 11 al 17 de febrero 2016	AREA DE CONTRATOS CAS-Contratos CAS

VI. DE LA ETAPA DE EVALUACIÓN

EVALUACIONES	PESO	PUNTAJE MÍNIMO	PUNTAJE MÁXIMO
EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA	50%		
a. Experiencia	35%	5	35
b. Cursos o estudios de especialización (de	10%	5	10
c. Otros factores (de ser el caso)	5%	5	5
Puntaje Total de la Evaluación de la Hoja de Vida	50%	15	50
OTRAS EVALUACIONES	0%		
a. Evaluación escrita	0%	0	0
b. Otra evaluación	0%	0	0
Puntaje Total Otras Evaluaciones			0
ENTREVISTA	50%	10	50
PUNTAJE TOTAL	100%		100

El puntaje aprobatorio será de 70 puntos como mínimo

VILMA HERRERA VALVERDE
Médico Patólogo Clínico
Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



INÉS LÓPEZ BARRIONUEVO CORNEJO
Directora Ejecutiva Departamento de Patología
C.M.P. 19740 E.N.E. 9085
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

ENRIQUE ARGUMANIS SANCHEZ
C.M.P. 18437 RE.7635
Médico Jefe Banco de Sangre
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS





“AÑO CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”
PROCESO DE CONVOCATORIA Nº016-2015

VII. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

1. De la presentación de la Hoja de Vida:

La información consignada en la hoja de vida tiene carácter de declaración jurada, por lo que el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

2. Documentación adicional:

3. Otra información que resulte conveniente:

1. Declaratoria del proceso como desierto

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

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

2. Cancelación del proceso de selección

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. Otras debidamente justificadas

Vilma Herrera Valverde
VºBº
16437

VILMA HERRERA VALVERDE
Médico Patólogo Clínico
Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Enrique Argumanis Sanchez

ENRIQUE ARGUMANIS SANCHEZ
CMP. 16437 RE.7635
Médico Jefe Banco de Sangre
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



Carlos Barrionuevo Cornejo
CARLOS BARRIONUEVO CORNEJO
Director Ejecutivo Departamento de Patología
C.M.P. 19740 R.N.E. 9085
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



ANEXO N° 03

RESUMEN DEL PROCESO DE CONVOCATORIA N° 016-2016

ESPECIALIDAD	CANTIDAD	HONORARIO MENSUAL	META FUENTE	PERIODO DE VIGENCIA DEL CONTRATO CAS
TECNÓLOGO MÉDICO DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA	03	S/ 2,300.00	RO (2) / RDR	3 Meses (Renovable)

LUGAR DE ENTREGA DE SOBRES DE LOS POSTULANTES	OFICINA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS, SITO EN LA AV. ANGAMOS ESTE. N° 2520 – SURQUILLO
HORARIO DE ATENCION	De Lunes a Viernes de 8:30am a 1:00 pm / Sábado 08:30 a 12:30 pm NO SE RECEPCIONARAN SOBRES DESPUES DE LA HORA INDICADA

PERIODO DE PRESENTACION DE SOBRES CERRADOS	INICIO : 30 DE ENERO DE 2016 FINALIZACION : 04 DE FEBRERO DE 2016
--	--

CONSULTAS	201-6500 anexo 2005 – AREA DE SELECCIÓN OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
-----------	--

FORMA DE PRESENTACION	<p>EN SOBRE MANILA CERRADO, CON EL PRESENTE ANEXO, <u>RESUMEN DE LA CONVOCATORIA CAS</u> (pegado en la parte externa y visible del sobre).</p> <p>EL CURRICULUM VITAE (HOJA DE VIDA) NO DEBERA ESTAR ANILLADO NI ESPIRALADO, PRESENTARLO COMPLETAMENTE DOCUMENTADO EN FOTOCOPIA SIMPLE, NUMERADO Y FIRMADO POR EL POSTULANTE EN CADA UNA DE SUS HOJAS, DNI VIGENTE, PRESENTADO EN UN FOLDER MANILA A4 CON ACOFASTER.</p> <p>ES OBLIGATORIO QUE TODOS LOS ANEXOS ADJUNTOS (N°s: 02; 04; 05, 06, 07 y 08) SE PRESENTEN DEBIDAMENTE LLENADOS (todos al interior del sobre).</p>
------------------------------	--

NOTA	<p>UNA VEZ ADJUDICADA LA VACANTE, EL POSTULANTE GANADOR DEBERA PRESENTAR LOS DOCUMENTOS QUE SE LE SOLICITARÁ AL MOMENTO DE LA PUBLICACIÓN DEL RESULTADO FINAL DE LA PRESENTE CONVOCATORIA A FIN DE PROCEDER A LA FIRMA DEL CORRESPONDIENTE CONTRATO, PARA LO CUAL TENDRA 05 DÍAS HÁBILES DE PLAZO MÁXIMO, COMPUTADOS DESDE LA FECHA DE PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS FINALES.</p> <p>MEDIANTE SOLICITUD DIRIGIDA A LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS, EL POSTULANTE DECLARADO “NO APTO”, PODRÁ SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DE SU SOBRE DURANTE LOS 05 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA CULMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONVOCATORIA, PASADO DICHO PLAZO NO SE EFECTUARÁN DEVOLUCIONES, TODA VEZ QUE DICHOS SOBRES SERÁN DESECHADOS LUEGO DE TRANSCURRIDO EL MENCIONADO PLAZO, SIN MEDIAR LUGAR A RECLAMO ALGUNO.</p>
-------------	---

APELLIDOS y NOMBRES _____
(LETRA IMPRENTA LEGIBLE)

FIRMA DEL POSTULANTE _____



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas

ANEXO 04 - FICHA DE POSTULACIÓN

PROCESO DE CONVOCATORIA N° -2016

La información contenida en el presente documento tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de realizar las verificaciones correspondientes; así como solicitar la acreditación de la misma. En caso de detectarse que se ha omitido, ocultado o consignado información falsa, se procederá con las acciones administrativas y/o penales que correspondan.

1. DATOS PERSONALES

PUESTO AL QUE POSTULA:

--

APELLIDOS Y NOMBRES					
DNI N°		RUC N°		EDAD:	ESTADO CIVIL
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO Día/Mes/Año		NACIONALIDAD	
DIRECCIÓN				DISTRITO	
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	

2. FORMACIÓN ACADÉMICA (Señale el grado académico o nivel de estudios máximo obtenido)

GRADO ACADÉMICO O NIVEL DE ESTUDIOS OBTENIDO / CICLO	ESPECIALIDAD	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL GRADO O TÍTULO (MES/AÑO)	MÉRITO OBTENIDO (TERCIO, QUINTO SUPERIOR U OTROS)

3. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (Maestría, Doctorado, Certificaciones, Diplomados, Especializaciones u otros)

DESCRIPCIÓN	INSTITUCIÓN	INICIO (mm/aa)	FIN (mm/aa)	FECHA DE CERTIFICACIÓN (mm/aa)	HORAS LECTIVAS

4. CONOCIMIENTOS PARA EL PUESTO: (De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria)

CONOCIMIENTOS PARA EL PUESTO: MÍNIMOS O INDISPENSABLES Y DESEABLES

1)	4)
2)	5)

5. EXPERIENCIA LABORAL (COMPLETAR CON AQUELLOS PUESTOS DE TRABAJO AFINES A LAS FUNCIONES DEL SERVICIO SOLICITADO, CONSIDERANDO LA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, INICIANDO POR LA EXPERIENCIA MÁS RECIENTE).

EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN	UNIDAD ORGÁNICA / ÁREA	SECTOR	CARGO / NOMBRE DE LA FUNCIÓN	DESCRIPCIONES DE LAS FUNCIONES PRINCIPALES RELACIONAS AL PUESTO QUE POSTULA	FECHA DE INICIO A TÉRMINO	AÑOS	MESES	DÍAS
					I: / / T: / /			
					I: / / T: / /			
					I: / / T: / /			

6. OTROS DATOS

¿CUENTA CON COLEGIATURA VIGENTE?	N° DE COLEGIATURA:	¿POSEE DISPONIBILIDAD INMEDIATA?	¿CUENTA CON DISPONIBILIDAD PARA LABORAR EN HORARIOS ROTATIVOS?	¿POSEE REGISTRO DE DISCAPACIDAD DE CONADIS?	¿ACREDITA SER LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS?
SI () NO ()		SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()

Firmo la presente **DECLARACIÓN JURADA** en señal de conformidad y de cumplimiento con **TODOS** los requisitos solicitados en el presente proceso de convocatoria, así como declaro contar con la acreditación correspondiente a dichos requisitos y **ACEPTO** que en caso se detecte que he omitido, ocultado o consignado información falsa, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas procederá con las acciones administrativas y/o penales que correspondan.

Ciudad de, día; del mes de del año

Firma: _____

DNI: _____



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

ANEXO 05

DECLARACION JURADA DE NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS-REDAM

Yo,, identificado con DNI N°, con domicilio en, declaro bajo juramento que, a la fecha, no me encuentro inscrito en el “Registro de Deudores Alimentarios Morosos” a que hace referencia la Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2007-JUS, el cual se encuentra a cargo y bajo la responsabilidad del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.

CONSIDERACIONES FINALES

La presente Declaración Jurada responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto los alcances de lo establecido en los artículos 411° y 438° del Código Penal, que establece “... será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad y para aquellos que cometen falsedad, simulando o alterando la verdad”.

En fe de lo antes señalado, suscribo la presente declaración jurada.

Lima, ____ de _____ de 20 ____

Firma

DNI



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

ANEXO 06

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo, con DNI N° y domicilio fiscal en declaro bajo juramento no percibir ingresos por parte del estado¹; ni tener antecedentes penales ni policiales, tener sentencias condenatorias o haber sido sometido a procesos disciplinarios o sanciones administrativas que me impidan laborar en el Estado.

Esta declaración se formula en aplicación del principio de veracidad establecido en el Artículo 42º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

CONSIDERACIONES FINALES

La presente Declaración Jurada responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto los alcances de lo establecido en los artículos 411º y 438º del Código Penal, que establece “... será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad y para aquellos que cometen falsedad, simulando o alterando la verdad”.

En fe de lo antes señalado, suscribo la presente declaración jurada.

Lima, ____ de _____ de 20 ____

.....

Firma

DNI

¹ Aplicable a los ganadores del concurso (a partir de la suscripción del contrato)



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

ANEXO 07

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO - Ley Nº 26771
D.S. Nº 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. Nº 034-2005-PCM

Yo, identificado con D.N.I. Nº al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42º de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley Nº 27444, DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad o por razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Por lo cual, declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley Nº 26771 y su Reglamento aprobado por D.S. Nº 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas laboran las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la relación o vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) o unión de hecho (UH), señalados a continuación.

Relación	Apellidos	Nombres	Área de Trabajo

Declaro asimismo, que para proceder a llenar la presente Declaración Jurada, he revisado la relación de todo el personal que presta servicios en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ingresando para ellos a través de la Web Institucional – Transparencia; así como declaro 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 438º del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Lima, ____ de _____ de 20 ____

Firma

DNI



“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

ANEXO 08

DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO

Yo,, Identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°, con domicilio en, distrito de, provincia de, departamento de; que, al amparo del Artículo 41° de la Ley N° 27444 –Ley del Procedimiento Administrativo General y en aplicación del principio de la Presunción de Veracidad.

DECLARO BAJO JURAMENTO Y RESPONSABILIDAD QUE:

- 1. No tengo impedimento de contratar con el Estado bajo cualquier modalidad ni estoy dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el Decreto Supremo N° 019-2002-PCM.
2. Tengo conocimiento y acepto el contenido y alcance de los requisitos establecidos por el INEN, de los servicios a brindar al que postula.
3. Tener disponibilidad inmediata en el caso de ser seleccionado.
4. No me encuentro inhabilitado por el Colegio Profesional, al cual pertenezco. Así como no encontrarme suspendido temporalmente del Registro, ni excluidas del mismo.
5. No tengo sanciones por haber infringido el Código de Ética del Servidor Público, ni me encuentro con sanción vigente.
6. No me encuentro inhabilitado para desempeñar función pública, derivado de mi ejercicio como funcionario o servidor público.
7. No mantengo proceso judicial, arbitral o administrativo pendiente con ninguna Entidad del Estado.
8. No haber sido sancionado por el OSCE, como locador de Servicios.
9. Que la información detallada en mi Currículum Vitae, así como los documentos que se incluyen, son verdaderos. Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la Adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad.

Asimismo, he sido informado de los alcances del artículo 3° - Definición del Contrato Administrativo de Servicios del Decreto Legislativo N° 1057, del Artículo 1° del Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, modificado por el Decreto Supremo N° 065-2011-PCM, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios. Así como de la Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del DL N° 1057 y otorga Derechos Laborales.

CONSIDERACIONES FINALES

La presente Declaración Jurada responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto los alcances de lo establecido en los artículos 411° y 438° del Código Penal, que establece "... será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad y para aquellos que cometen falsedad, simulando o alterando la verdad".

En fe de lo antes señalado, suscribo la presente declaración jurada.

Lima, ____ de _____ de 20____.

.....

Firma

DNI