



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"

BASES PARA SEGUNDO CONCURSO

DE CONTRATACION EN LAS MISMAS CONDICIONES ESTABLECIDAS PARA EL SERUMS, DE ACUERDO A LA SEXTA DISPOSICION FINAL DEL REGLAMENTO DE LA LEY 23330, INCISO C). EN LOS MESES DE MAYO Y JUNIO DEL 2022.

1. GENERALIDADES:

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE:

COMITÉ REGIONAL DEL SERUMS DIRESA MADRE DE DIOS

1.2. DOMICILIO LEGAL:

Av. Ernesto Rivero N° 475 – Puerto Maldonado.

Teléfono N° 082-571127 – 573479 – 573261.

1.3. OBJETO DE LA CONVOCATORIA:


Establecer un proceso de selección para **CONTRATACION EN LAS MISMAS CONDICIONES ESTABLECIDAS PARA EL SERUMS, DE ACUERDO A LA SEXTA DISPOSICION FINAL DEL REGLAMENTO DE LA LEY 23330, INCISO C). EN LOS MESES DE MAYO Y JUNIO DEL 2022.** Del PRESUPUESTO NACIONAL Y REGIONAL según el Oficio Circular N°061-2022-DG-DIGEP/MINSA, la Resolución Ministerial N° 612-2021/MINSA, con la finalidad de preveer, garantizar y permitir la continuidad del servicio en beneficio de la población asignada a los establecimientos de salud del 1er. Nivel de atención y garantizar la atención de manera temporal para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

1.4. PLAZAS OFERTADAS Y PERIODO DE CONTRATO:

Las plazas consideradas para el concurso de contratación de personal PROFESIONALES DE LA SALUD, cuando por razones de Emergencia Nacional, Emergencia Sanitaria o situaciones excepcionales se genere yb periodo de tiempo entre la terminación de un proceso y el inicio del siguiente en el que las plazas SERUMS queden sin ser cubiertas" tendrán las mismas condiciones de la Ley del SERUMS, LEY 23330.

Se tendrá un periodo de contrato desde el 03 de Mayo 2022 hasta el 30 de Junio del 2022, tanto para el presupuesto Nacional como Regional.(59 DIAS).




Med. Ciruj. Carlos H. Manrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

1.5. DE FINANCIAMIENTO:

00 RECURSOS ORDINARIOS: MINISTERIO DE SALUD.

00 RECURSOS ORDINARIOS : DIRESA MADRE DE DIOS

1.6. SISTEMA DE CONTRATACIÓN:

El presente proceso se rige por:

- LEY SERUMS 23330, Resolución Ministerial 088-2020-MNSA Y Resolución Ministerial 612-2020-MINSA, Y OFICIO CIRCULAR N°061-2022-DIGEP/MINSA.

1.7. ALCANCES DEL PROCESO DE SELECCIÓN:

Los Lineamientos son aplicables para todos los postulantes al siguiente proceso de selección para la contratación de personal PROFESIONALES DE LA SALUD, en las plazas VACANTES NACIONAL Y REGIONAL quienes deben cumplir con los requisitos solicitados y el perfil de la plaza a concursar.

2. BASE LEGAL:


- Constitución Política del Estado.
- Decreto de Urgencia N°029-2020
- Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- Ley N° 26657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 26774, Ley de Nepotismo.
- Ley N° 30220, Ley Universitaria.
- Ley del SERUMS 23330 y sus modificaciones.
- Resolución Ministerial N° 088-2009-MINSA.
- Resolución Ministerial N° 612-2021/MINSA.

3. CONVOCATORIA DE PERSONAL:

3.1. CONVOCATORIA:

La convocatoria se realiza a través del Portal Institucional de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios (www.diresamdd.gob.pe); así como también a través de las redes sociales de la entidad; y, como en otros medios que promuevan el acceso a las oportunidades de trabajo e información a fin de promover la transparencia del concurso.




Med. Civ. Carlos H. Manrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

3.2. CRONOGRAMA:

LA CONTRATACION EN LAS MISMAS CONDICIONES ESTABLECIDAS PARA EL SERUMS, DE ACUERDO A LA SEXTA DISPOSICION FINAL DEL REGLAMENTO DE LA LEY 23330, INCISO C). EN LOS MESES DE MAYO Y JUNIO DEL 2022A Ley 23330.

N°	ETAPA	PLAZO	
		INICIO	TÉRMINO
1°	Publicación de las Plazas a Convocar (Anexo 02)	21/04/2022	22/04/2022
2°	Remisión de Curriculum Vitae digital (pdf) a correo electrónico: serums_2021_1@diresamdd.gob.pe	21/04/2022	24/04/2022 23.59hrs
3°	Evaluación Curricular	25/04/2022	25/04/2022
3°	Publicación de resultados finales 11.00AM (www.diresamdd.gob.pe);	26/04/2022	26/04/2022
4°	Presentación de expedientes en fisico, Oficina de Personal -Coordinación SERUMS en horario de oficina 7:30am hasta 4:00pm	27/04/2022	27/04/2022
5°	Inicio de Labores	EL 03/05/2022 (NACIONAL Y REGIONAL)	30/06/2022 NACIONAL Y REGIONAL

4. INSCRIPCIÓN Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES:

- Los postulantes deberán remitir su Curriculum Vitae en formato digital (PDF) al Correo: **serums_2021_1@diresamdd.gob.pe**, del 21/04/2022 AL 24/04/2021 HASTA LAS 23.59HS.
- IMPORTANTE: envío de los documentos deben de consignar APELLIDOS Y NOMBRES completos, como se detalla en el DNI, COLOCAR PROFESION Y PLAZA A CONCURSAR, ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN SE DETALLA (ENFERMERÍA). Y PRESUPUESTO NACIONAL. SEGÚN SEA EL CASO.
- NOMBRE DEL ARCHIVO EN PDF: UN SOLO ARCHIVO. EL LLENADO DE LOS FORMATOS EN FORMA LEGIBLE. SE ADICIONARAN FORMATOS EN EXCEL Y WORD.
EJEMPLO DEL ARCHIVO: CV CRISTINA LOPEZ CASTILLO - PLAZA DE ENFERMERIA - P.S. CHOQUE- PRESUPUESTO NACIONAL (SI NO TIENE ESTA ROTULACION EL ARCHIVO NO SE CONSIDERARA AL POSTULANTE).



Med. Ciruj. Carlos ... Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

- Los ganadores del SEGUNDO CONCURSO de contratación de profesionales de la salud en las mismas condiciones establecidas para el SERUMS, LEY 23330, deberán de presentar el CURRICULUM VITAE EN FISICO, tal como lo detalló en la **Ficha Única de Datos**, a la coordinación del SERUMS - Oficina de Personal DIRESA MDD, el día 27 de Abril 2022. En horas de oficina. De 7:30am hasta las 4:00pm, DISPONIBILIDAD INMEDIATA.

- **REQUISITOS GENERALES PARA POSTULAR:**

- Podrán participar del presente proceso, toda persona natural con las condiciones y los requisitos OBLIGATORIOS señalados
- El Currículo Vitae digital (PDF) documentado deberá estar debidamente ordenado según lo establecido en el Anexo 1: “FICHA ÚNICA DE DATOS para la CONTRATACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD, en las mismas condiciones establecidas para el SERUMS. Ley 23330.

- **REQUISITOS OBLIGATORIOS A PRESENTAR.**

- 1. Ficha Única de datos.(LEGIBLE) Se publicará el archivo en EXCEL.
- 2. Curricular Vitae documentado.
- 3. Copia ampliada del DNI. (Blanco y negro) A4, nítido
- 4.-Copia del título profesional. legible
- 5.-Copia simple de la colegiatura Profesional. legible
- 6.-Constancia de Habilidad/Habilitación Profesional vigente. legible
- 7.-Declaración jurada de no estar percibiendo remuneración, pensión o ingreso del Estado.
- 8.-Declaración jurada de no registrar sentencias condenatorias consentidas y/o ejecutoriadas.
- 9.-Declaración jurada de no registrar antecedentes Penales, policiales ni judiciales.
- 10. Declaración jurada de gozar de buena salud física y mental.
- 11.Formato sobre régimen pensionario al cual pertenece.
- 12.copia de la Resolución de Término de SERUMS.
- 13. OTROS QUE SOLICITE LA ENTIDAD.

- **FORMA DE PRESENTACION:**

El Curricular Vitae digital PDF documentado deberá estar debidamente ordenado y foliado, según lo establecido en el Formato 1 FICHA UNICA DE DATOS PARA LA CONTRATACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD, en las mismas condiciones establecidas para el SERUMS. Ley 23330

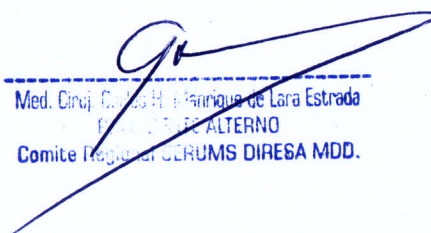
5. EVALUACIÓN CURRICULAR:

El Comité Regional del SERUMS DIRESA MDD, realizará las verificaciones que correspondan.

5.1. PUNTAJE Y PONDERADO POR CRITERIO DE EVALUACIÓN:

El área usuaria selecciona al candidato/a para la contratación considerando los siguientes criterios:




Med. Ciruj. Carlos H. Enrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

CRITERIOS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE PONDERADO
Evaluación Curricular	100 puntos	100%
TOTAL		100 %

5.2. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN:

De acuerdo a lo establecido en los Lineamientos para la Contratación de Personal del Sector Público, se ha establecido que sólo se considera la evaluación curricular.

5.2.1. LA EVALUACIÓN:

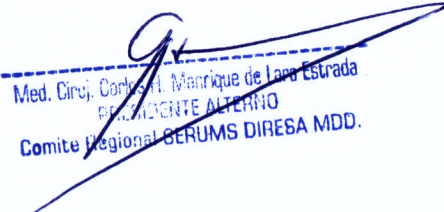
Tiene por objeto calificar el nivel de formación Profesional, la capacitación obtenida, experiencia laboral y méritos alcanzados por el postulante y se califica en base al **Anexo 01** presentado por el postulante, siendo el postulante responsable del llenado adecuado y sustento del mencionado anexo.

Los documentos adjuntados constituyen instrumentos de verificación, siendo responsable del postulante su presentación completa al momento de la presentación, en caso se presenta falencias la calificación se efectuará en base a los documentos presentados, **no existe opción a regularizar o incluir documento sustento alguno posterior a la presentación del expediente.**

De acuerdo a lo establecido, se ha considerado solo la EVALUACION CURRICULAR:

- ✓ **Evaluación Curricular: Puntaje Máximo (100 puntos) – Ponderado 100%**
- ✓ **A). FORMACION ACADEMICA.**
 - **Nivel Académico (Hasta 60 puntos):** Considera los estudios alcanzados en los diferentes niveles los mismos que se acreditan con título profesional.
 - **Capacitación (hasta 20 puntos), evalúa** los certificados diplomados, se evaluará con las certificaciones correspondientes.
 - constancias desde 2016 a la fecha, teniendo la siguiente equivalencia.(5 AÑOS)
 - 16 horas lectivas = 1 PUNTO
 - 01 crédito = 1 punto
 - **Méritos obtenidos (hasta 10 puntos), evalúa** los reconocimientos y logros obtenidos en el desarrollo de su labor profesional.




Med. Ciruj. Carlos A. Manrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

- Por cada mérito con acto resolutivo 3 puntos
- Por cada mérito firmado por la máxima autoridad, sin acto resolutivo 1 punto

- **Experiencia Laboral.** Experiencia laboral (**Hasta 10 puntos**)

- califica la experiencia laboral en el cumplimiento de las funciones establecidas en los términos de referencia que serán verificados por los contratos de trabajo establecidos dentro de los regímenes laborales 728, 1057, 276 y locación de servicios que se presenten o Constancias y/o certificados, incluido el SERUMS.. Se calcularán en base al tiempo laborado afines al cargo al cual postula. Las constancias y/o certificados, serán válidos si cuentan con la firma de la máxima autoridad de la entidad donde laboró.

- 1 año equivale a 2 puntos.

5.3. RESULTADOS FINALES:

Los resultados finales se obtendrán del máximo puntaje de la evaluación curricular.

En caso de Bonificación por Discapacidad: Se aplica una bonificación de 15% sobre el puntaje final obtenido en toda la evaluación; para ello el postulante debe presentar el certificado de discapacidad, otorgado por los hospitales del Ministerio de Salud, de Defensa, del Interior o del Seguro Social (Es salud), o en su defecto la Resolución de Discapacidad vigente emitida por el Consejo Nacional para la Integración de la persona con discapacidad (CONADIS).

Para el caso de Bonificación del Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas: Se aplica una bonificación del 10% sobre el puntaje final obtenido en toda la evaluación, el postulante deberá presentar el documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.

6. PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:

Para la suscripción del contrato el personal profesional de la salud, que adjudicó la plaza deberá presentar sus documentos de acuerdo a lo detallado los documentos presentados en su curriculum vitae enviado al momento de la postulación.

7. DURACIÓN DEL CONTRATO:

El presente contrato es para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades prevalentes en la Región al igual que el Coronavirus. **DICHOS CONTRATOS INICIARÁN EL 03 DE MAYO del 2022 Y CONCLUIRÁN EL 30 DE JUNIO DEL 2022**, siendo el periodo de duración del contrato 59 DIAS. (29 DIAS MAYO) Y (30 DIAS EN JUNIO).

10. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO:

10.1. DECLARATORIA DEL PROCESO COMO DESIERTO:

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



Med. Ciruj. Daniel H. Márquez de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

- a. Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
- b. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.

10.2. 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

11. IMPEDIMENTOS DE POSTULACIÓN:

No podrán participar del presente proceso, las personas que estén considerados en las siguientes condiciones:

- a. Tener vínculo de parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad con el Director de Personal o el Área Usuaria.
- b. Tener antecedentes penales, policiales, judiciales o administrativos que impidan contratar con el Estado.
- c. Tener patologías de Salud Mental que impidan el adecuado desenvolvimiento en sus funciones encomendadas.
- d. Tener Cese de Contrato contemplado como falta administrativa en el año fiscal 2019 y/o Primer Trimestre del año 2020, ante la Unidad Ejecutora 400 Salud Madre de Dios.

12. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:

- Todo profesional de la salud a contratar deberá contar con TITULO PROFESIONAL, COLEGIATURA VIGENTE, HABILITACION VIGENTE Y RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS.
- El área usuaria selecciona al candidato/a para la contratación respectiva, debiendo remitir a la Oficina de Personal, el Curriculum Vitae Documentado y la Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal. (Anexo 1), de manera física con el acta de la evaluación curricular.
- La Resolución de contrato será entregado en el Área de Legajo Oficina de Personal.



Med. Civil: Carlos M. Manrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.

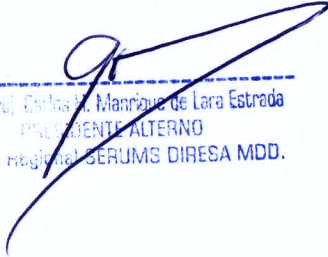


GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"

ANEXO N° 01




Med. Ciruj. Carlos H. Manrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.



DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD
MADRE DE DIOS

EL PERÚ PRIMERO

**SEGUNDO CONCURSO DE CONTRATACION EN LAS MISMAS CONDICIONES ESTABLECIDAS
PARA EL SERUMS, DE ACUERDO A LA SEXTA DISPOSICION FINAL DEL REGLAMENTO
DE LA LEY 23330, INCISO C), EN LOS MESES DE MAYO Y JUNIO 2022
COMITÉ REGIONAL DEL SERUMS DIRESA MDD**

FOTO

Ficha Única de Datos ANEXO 01

La Oficina de Personal de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, solicita llenar la "Ficha de Datos Personales -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.

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:			
DNI N°		PROVINCIA	
Fecha de nacimiento	/ /	DISTRITO	
Teléfono fijo		REGION	
Correo electrónico personal		Teléfono móvil	
Enfermedades /Alergias			
En caso de emergencia contactar a:	Parentesco	Teléfonos del contacto de emergencia	
Estado Civil POSTULANTE () Soltero (a) () Casado (a) () Viudo (a) () Divorciado (a) () Conviviente			
Discapacidad () Sí () No			
Tipo de discapacidad () Físicas () Sensoriales () Mentales () Intelectuales			

DOMICILIO

Tipo de Vía (marcar con "X")			
() Avenida () Jirón () Calle () Pasaje () Alameda () Maleco () Óvalo			
() Parque () Plaza () Carretera () Trocha () Otros: Especificar			
Nombre de la vía :		Número :	
		Interior :	
Tipo de Zona (marcar con "X")			
() Urbanización () Pueblo Joven () Unidad Vecinal () Conjunto Habitacional			
() Asentamiento Humano () Cooperativa () Residencial () Zona Industrial			
() Grupo () Caserío () Fundo () Otros especificar			
Nombre de la zona:		Número :	
		Interior :	
Ubicación geográfica:	Departamento	Provincia	
		Distrito	
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)			

DATOS FAMILIARES

Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

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.			
HABER REALIZADO SERVICIO RURAL URBANO MARGINAL DE SALUD (SERUMS):			
NUMERO DE RESOLUCION DE SERUMS	FECHA	REGION QUE LO REALIZO	INICIO /TERMINO

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"/>	No estar in habilitado para prestar servicios al estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones de destitución y despido (RNSDD)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR REGISTRADO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM), debiendo realizar una captura de pantalla del mismo, consultandolo a través del siguiente enlace: https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERCIBIENDO REMUNERACION, PENSION O INGRESO DEL ESTADO.	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO REGISTRAR SENTENCIAS CONDENATORIAS CONSENTIDAS Y/O EJECUTORIADAS.	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GOZAR DE BUENA SALUD FISICA Y MENTAL.	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD 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, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, 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	
SI	NO		
LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR			
Fecha	/ /	Firma:	
	Día Mes Año		

Favor completar esta información con firma en esta carilla.



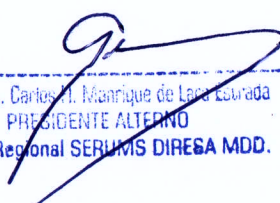
GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

ANEXO (PLAZAS A CONCURSO)

NACIONALES



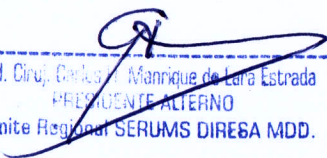

Med. Ciruj. Carlos A. Manrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNATIVO
Comite Regional SERUMIS DIRESA MDD.

NOMINA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE SE ENCUENTRAN VACANTES MAYO Y JUNIO 2022 (QUE ENTRARAN AL CONCURSO)

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

ANEXO N° 01

1	2	19	27	28	29	32	33	34	35	36	
Nro	PROCESO SERUMS	Profesión	Establecimiento de Salud	Diistrito	Provincia	Adj. Quintil	Zona Alejada y Frontera ZAF	Zona Emergenci a VRAEM	Fecha Inicio	Fecha término	REMUNERACION
1	MAYO Y JUNIO 2022	BIOLOGIA	HUEPETUHE	HUEPETUHE	MANU	1	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
2	MAYO Y JUNIO 2022	BIOLOGIA	ALERTA	TAHUAMANU	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
3	MAYO Y JUNIO 2022	BIOLOGIA	IÑAPARI	INAPARI	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
4	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERA	CAYCHIHUE	HUEPETUHE	MANU	1	No	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
5	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERA	LAGO INAMBARILLO	LABERINTO	TAMBOPATA	2	No	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
6	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERA	BOCA MANU	FITZCARRALD	MANU	1	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
7	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	ITAHUANIA	MANU	MANU	1	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
8	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	INFIERNO	TAMBOPATA	TAMBOPATA	3	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
9	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	BELGICA	INAPARI	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
10	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	FLOR DE ACRE	IBERIA	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
11	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	FLOR DE ACRE	IBERIA	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
12	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	LAS MERCEDES	LABERINTO	TAMBOPATA	2	No	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
13	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	NUEVO PACARAN	TAHUAMANU	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
14	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	TRES ISLAS	TAMBOPATA	TAMBOPATA	3	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
15	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERIA	VILLA ROCIO	TAHUAMANU	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
16	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	QUEBRADA NUEVA	HUEPETUHE	MANU	1	No	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
17	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	BAJO PUQUIRI	MDD	MANU	2	No	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
18	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	IÑAPARI	INAPARI	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
19	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	ITAHUANIA	MANU	MANU	1	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
20	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	ALERTA	TAHUAMANU	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
21	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	CAYCHIHUE	HUEPETUHE	MANU	1	No	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
22	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	BOCA MANU	FITZCARRALD	MANU	1	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
23	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	ALTA PASTORA	TAMBOPATA	TAMBOPATA	3	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
24	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	SANTA ROSA	INAMBARI	TAMBOPATA	2	No	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
25	MAYO Y JUNIO 2022	MEDICINA	LA JOYA	TAMBOPATA	TAMBOPATA	3	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00
26	MAYO Y JUNIO 2022	NUTRICION	LABERINTO	LABERINTO	TAMBOPATA	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
27	MAYO Y JUNIO 2022	OBSTETRA	SARAYACU	INAMBARI	TAMBOPATA	2	No	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
28	MAYO Y JUNIO 2022	ODONTOLOGIA	IÑAPARI	INAPARI	TAHUAMANU	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
29	MAYO Y JUNIO 2022	ODONTOLOGIA	BOCA COLORADO	MDD	MANU	2	No	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
30	MAYO Y JUNIO 2022	ODONTOLOGIA	PLANCHON	LAS PIEDRAS	TAMBOPATA	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
31	MAYO Y JUNIO 2022	PSICOLOGIA	MAZUKO	INAMBARI	TAMBOPATA	2	Si	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00
32	MAYO Y JUNIO 2022	ENFERMERA	UNION PROGRESO	INAMBARI	TAMBOPATA	2	No	No	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00


 Med. Ciruj. Civil y en Manrique de Lara Estrada
 PRESIDENTE ALTERNO
 Comité Regional SERUMS DIRESA MDD.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

Y REGIONALES



Med. Ciruj. Carlos M. Manrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNIO
Comite Regional SERUMS DIRESA MDD.

**NOMINA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE SE ENCUENTRAN VACANTES MAYO Y JUNIO 2022 (QUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS**

ANEXO 02

Nº ORD	PROFESION	ESTABLECIMIENTO	Distrito	Provincia	QUINT	Zona de frontera	BONO EMERG	Fecha de inicio	Fecha de fin	REMUNERACION	PRESUPUESTO
1	ENFERMERIA	BOCA MANU	FITZCARRALD	MANU	1	SI	NO	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00	REGIONAL
2	ENFERMERIA	SAN LORENZO	TAHUAMANU	TAHUAMANU	2	SI	NO	03/05/2022	30/06/2022	3,782.00	REGIONAL
3	MEDICINA	CHOQUE	HUEPETUHE	MANU	1	NO	NO	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00	REGIONAL
4	MEDICINA	SAN MARTIN DE PORRES	IBERIA	TAHUAMANU	2	NO	NO	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00	REGIONAL
5	MEDICINA	LABERINTO	LABERINTO	TAMBOPATA	2	SI	NO	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00	REGIONAL
6	MEDICINA	ALEGRIA	LAS PIEDRAS	TAMBOPATA	2	SI	NO	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00	REGIONAL
7	MEDICINA	ALERTA	TAHUAMANU	TAHUAMANU	2	SI	NO	03/05/2022	30/06/2022	5,831.00	REGIONAL

21 ABRIL DEL 2022



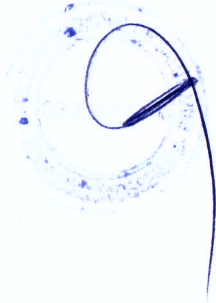
Med. Ciruj. Carlos H. Mianique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERN0
Comite Regional SERUMS DIFESA MDD.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

(DECLARACIONES JURADAS) OBLIGATORIO



Med. Ciruj. Carlos M. Manrique de Lara Estrada
PRESIDENTE ALTERNO
Comite Regional SERUMS DINESA MDD.



DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe
..... identificado con DNI CE PAS N°
....., declaro bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo en el Estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- d) Percibo otra remuneración o ingreso del Estado:

No

Si especificar: Remuneración:

Pensión:

Otros: especificar: _____

Monto: _____

Entidad: _____

Ciudad, ____ de _____ de 2022.

Firma



DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo, _____, identificado con
DNI CE PAS N° _____, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Guardar reserva y no revelar, difundir o entregar, ni hacer pública por medio alguno, cualquier información o asunto a la que pueda acceder directa o indirectamente con ocasión del ejercicio de las actividades en el Ministerio de Salud.
2. A no emplear en provecho propio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros, información confidencial conforme a los alcances de la Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales; tampoco, aquella que sin tener reserva legal pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante a la cual haya podido tener acceso directo o indirecto en el Ministerio de Salud
3. No retirar documentación confidencial, ni en medio físico ni electrónico, del Ministerio de Salud, conforme a las disposiciones contenidas en la Directiva N° 227-MINSA/2017/OGTI "Organización del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 074-2017/MINSA.
4. Conocer los alcances de la 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.

Ciudad, ____ de _____ de 2022.

Firma



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CARTA DE AUTORIZACION

El (la) que suscribe

Identificado(a) con DNI CE PAS N°, comunico el número de cuenta y banco, agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos de mis remuneraciones se efectúen en dicha cuenta:

NOMBRE DE ENTIDAD BANCARIA:																	
NÚMERO DE CUENTA:																	

Asimismo, tomo conocimiento que a través del link <http://boletaselectronicas.minsa.gob.pe/boletas/consulta> podré acceder a la consulta de boletas de pago electrónicas, que se muestran de manera mensual.

Ciudad, ____ de _____ de 2022.

Firma



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL

SISTEMA PREVISIONAL: marcar con una "x" según corresponda y llenar datos

Expreso mi consentimiento a afiliarme al:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP) []

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) []

Nota: Sólo en estos casos, llenar el formato siguiente.

Estoy afiliado al siguiente régimen:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP) [] Fecha de Afiliación [/ /]

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) [] Fecha de Afiliación [/ /]

AFP INTEGRAL [] AFP PRIMA []

AFP HABITAT [] FP PROFUTURO []

Soy pensionistas del:

D.L. 20530 []

D.L. 19990 []

OTROS (PRECISAR) []

DE SER PENSIONISTA PRESENTAR:

Resolución de Pensionista []

Resolución de Suspensión de Pensión []

Carta Declaración de Voluntad de No aporte []

SPP por ser Pensionista

Ciudad, ____ de ____ de 2022.

FORMATO DE ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte Otro:

Número de documento:

Sexo: F M / Fecha de nacimiento:/...../...../

Domicilio: Avenida Calle Jirón Otro.....

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Correo electrónico:

Teléfono de casa:..... Celular:.....

DATOS DE LA ENTIDAD

Nombre o Razón social : MINISTERIO DE SALUD

Departamento : LIMA

RUC : 20131373237

DATOS DEL VÍNCULO LABORAL

Fecha de inicio de relación laboral:/...../...../

Elección del sistema pensionario:

Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Yo,

con documento de identidad N°, mediante este documento autorizo el envío mensual de mi Estado de Cuenta por correo electrónico, de acuerdo al artículo 103º de la Resolución 080-98-SAFP, desde la fecha de suscripción del presente.

Importante: Si el trabajador no hubiese manifestado su voluntad de afiliarse a un sistema pensionario, el artículo 16º de la Ley N°28991 establece que el empleador lo deberá afiliar a la AFP ganadora de la licitación: AFP Integra. De acuerdo a las medidas de simplificación y eficiencia administrativa, aceptas de manera expresa el envío de notificaciones e información por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que constará en tu contrato de afiliación o que posteriormente actualices a través de nuestros canales correspondientes. Las notificaciones por correo electrónico e información que te enviemos corresponden al trámite de carácter pensionario y no pensionario que realices con AFP Integra.

Autorizo incorporar mis datos personales en la base de datos de AFP Integra.

Ciudad de _____, _____ de _____ 2022.

Firma del profesional



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DECLARACIÓN JURADA

Apellidos:	Nombres:
D.N.I. y/o Carnet de Extranjería N°:	Profesión:
Universidad de Procedencia:	
Domicilio: calle, avenida, urbanización, N°. Distrito, Provincia, Departamento.	
DIRIS, DIRESA o GERESA:	
Teléfono y/o Celular:	
Email personal:	

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. No estar inhabilitado para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC).
2. No estar registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM).
3. No tener inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
4. No estar inhabilitado o sancionado por el colegio profesional al que pertenece.

Ciudadde de 2022

--

Firma

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.7 del Artículo IV del Título Preliminar y el artículo 49 del Texto Único Ordenado (D.S. 004-2019-JUS) de la Ley 27444. En caso de comprobarse falsedad, me someto a todas las acciones administrativas y penales a que hubiere lugar.

El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, bajo el principio de control posterior efectuará la verificación de la información proporcionada.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES NI JUDICIALES (Ley N° 29607)

Yo....., identificado con DNI N°....., estado civil con domicilio en Distrito - Provincia - departamento, declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO BAJO JURAMENTO: (Por favor indicar **SI** o **NO** en el recuadro que corresponde, no marcar con un aspa o en forma de cruz o cualquier otro símbolo).

- 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 y Fecha:.....

Firma:
(Idéntica al DNI)



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Declaración Jurada en caso de no obtener el Certificado de Buena Salud Física y Mental, dentro de los plazos establecidos, por encontrarnos en estado de emergencia Sanitaria Nacional.

DECLARACIÓN JURADA DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo, _____ de profesión _____, egresado(a) de la Universidad _____, con Colegiatura N° _____, identificado(a) con D.N.I./Carné de Extranjería N° _____, domiciliado (a) en _____ del distrito de _____, Provincia de _____ Departamento de _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO, ENCONTRARME CON BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL; comprometiéndome a regularizar la presentación de cada certificado correspondiente, en cuanto sea posible la obtención de los mismos, dentro del periodo SERUMS.

Declaro que soy conocedor(a) de las responsabilidades en que incurriría en el supuesto que mi declaración no sea cierta (Artículo IV (1.7) de la Ley N°27444.

Ciudad, _____ de _____ de 2022.



(Firma)

DNI/CE: _____



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe

..... identificado con DNI CE PAS N°

....., declaro bajo juramento:

a) No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo en el Estado.

b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.

c) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.

d) Percibo otra remuneración o ingreso del Estado:

No

Si especificar: Remuneración:

Pensión:

Otros: especificar: _____

Monto: _____

Entidad: _____

Ciudad, ____ de _____ de 2022.

Firma



DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo, _____, identificado con
DNI CE PAS N° _____, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Guardar reserva y no revelar, difundir o entregar, ni hacer pública por medio alguno, cualquier información o asunto a la que pueda acceder directa o indirectamente con ocasión del ejercicio de las actividades en el Ministerio de Salud.
2. A no emplear en provecho propio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros, información confidencial conforme a los alcances de la Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales; tampoco, aquella que sin tener reserva legal pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante a la cual haya podido tener acceso directo o indirecto en el Ministerio de Salud
3. No retirar documentación confidencial, ni en medio físico ni electrónico, del Ministerio de Salud, conforme a las disposiciones contenidas en la Directiva N° 227-MINSA/2017/OGTI "Organización del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 074-2017/MINSA.
4. Conocer los alcances de la 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.

Ciudad, ____ de _____ de 2022.

Firma



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CARTA DE AUTORIZACION

El (la) que suscribe

Identificado(a) con DNI [] CE [] PAS [] N°, comunico el número de cuenta y banco, agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos de mis remuneraciones se efectúen en dicha cuenta:

Form with fields for 'NOMBRE DE ENTIDAD BANCARIA:', 'NÚMERO DE CUENTA:', and a grid for account digits.

Asimismo, tomo conocimiento que a través del link http://boletaselectronicas.minsa.gob.pe/boletas/consulta podré acceder a la consulta de boletas de pago electrónicas, que se muestran de manera mensual.

Ciudad, ____ de _____ de 2022.

Firma



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL

SISTEMA PREVISIONAL: marcar con una "x" según corresponda y llenar datos

Expreso mi consentimiento a afiliarme al:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP) []

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) []

Nota: Sólo en estos casos, llenar el formato siguiente.

Estoy afiliado al siguiente régimen:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP) []

Fecha de Afiliación [/ /]

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) []

Fecha de Afiliación [/ /]

AFP INTEGRAL []

AFP PRIMA []

AFP HABITAT []

FP PROFUTURO []

Soy pensionistas del:

D.L. 20530 []

D.L. 19990 []

OTROS (PRECISAR) []

DE SER PENSIONISTA PRESENTAR:

Resolución de Pensionista []

Resolución de Suspensión de Pensión []

Carta Declaración de Voluntad de No aporte []

SPP por ser Pensionista

Ciudad, ____ de ____ de 2022.

FORMATO DE ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte Otro:

Número de documento:

Sexo: F M / Fecha de nacimiento:/...../...../

Domicilio: Avenida Calle Jirón Otro.....

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Correo electrónico:

Teléfono de casa:..... Celular:.....

DATOS DE LA ENTIDAD

Nombre o Razón social : MINISTERIO DE SALUD

Departamento : LIMA

RUC : 20131373237

DATOS DEL VÍNCULO LABORAL

Fecha de inicio de relación laboral:/...../...../

Elección del sistema pensionario:

Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Yo,, con documento de identidad N°, mediante este documento autorizo el envío mensual de mi Estado de Cuenta por correo electrónico, de acuerdo al artículo 103º de la Resolución 080-98-SAFP, desde la fecha de suscripción del presente.

Importante: Si el trabajador no hubiese manifestado su voluntad de afiliarse a un sistema pensionario, el artículo 16º de la Ley N°28991 establece que el empleador lo deberá afiliar a la AFP ganadora de la licitación: AFP Integra. De acuerdo a las medidas de simplificación y eficiencia administrativa, aceptas de manera expresa el envío de notificaciones e información por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que constará en tu contrato de afiliación o que posteriormente actualices a través de nuestros canales correspondientes. Las notificaciones por correo electrónico e información que te enviemos corresponden al trámite de carácter pensionario y no pensionario que realices con AFP Integra.

Autorizo incorporar mis datos personales en la base de datos de AFP Integra.

Ciudad de _____, _____ de _____ 2022.

Firma del profesional



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DECLARACIÓN JURADA

Apellidos:	Nombres:
D.N.I. y/o Carnet de Extranjería N°:	Profesión:
Universidad de Procedencia:	
Domicilio: calle, avenida, urbanización, N°. Distrito, Provincia, Departamento.	
DIRIS, DIRESA o GERESA:	
Teléfono y/o Celular:	
Email personal:	

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. No estar inhabilitado para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC).
2. No estar registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM).
3. No tener inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
4. No estar inhabilitado o sancionado por el colegio profesional al que pertenece.

Ciudadde de 2022

--

Firma

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.7 del Artículo IV del Título Preliminar y el artículo 49 del Texto Único Ordenado (D.S. 004-2019-JUS) de la Ley 27444. En caso de comprobarse falsedad, me someto a todas las acciones administrativas y penales a que hubiere lugar.

El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, bajo el principio de control posterior efectuará la verificación de la información proporcionada.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES NI JUDICIALES (Ley N° 29607)

Yo....., identificado con DNI N°....., estado civil con domicilio en Distrito - Provincia - departamento, declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO BAJO JURAMENTO: (Por favor indicar **SI** o **NO** en el recuadro que corresponde, no marcar con un aspa o en forma de cruz o cualquier otro símbolo).

- 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 y Fecha:.....

Firma:

(Idéntica al DNI)



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Declaración Jurada en caso de no obtener el Certificado de Buena Salud Física y Mental, dentro de los plazos establecidos, por encontrarnos en estado de emergencia Sanitaria Nacional.

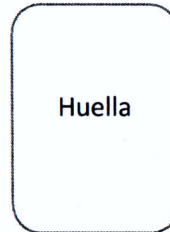
DECLARACIÓN JURADA DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo, _____ de profesión _____, egresado(a) de la Universidad _____, con Colegiatura N° _____, identificado(a) con D.N.I./Carné de Extranjería N° _____, domiciliado (a) en _____ del distrito de _____, Provincia de _____ Departamento de _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO, ENCONTRARME CON BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL; comprometiéndome a regularizar la presentación de cada certificado correspondiente, en cuanto sea posible la obtención de los mismos, dentro del periodo SERUMS.

Declaro que soy conocedor(a) de las responsabilidades en que incurriría en el supuesto que mi declaración no sea cierta (Artículo IV (1.7) de la Ley N°27444.

Ciudad, _____ de _____ de 2022.



(Firma)

DNI/CE: _____