GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

BASES DE LA CONVOCATORIA N° 002 – 2026- SERUMS

CONTRATO TEMPORAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD PARA CUBRIR PLAZA VACANTE DEL PROGRAMA SERUMS

Puerto Maldonado, julio de 2026

BASES DEL CONCURSO N° 002-2026 PARA CONTRATO TEMPORAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD PARA CUBRIR PLAZAS VACANTES DEL PROGRAMA SERUMS

Puerto Maldonado, julio de 2026

I. DISPOSICIONES GENERALES

1.1 ENTIDAD CONVOCANTE Y ÁREAS ORGÁNICAS RESPONSABLES

ENTIDAD : DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS – DIRESA MDD

ÁREA RESPONSABLE : Coordinación Regional de SERUMS Oficina de Personal - y Dirección Ejecutiva de Cuidado Integral por Curso de Vida

DOMICILIO LEGAL : Avenida Ernesto Rivero N° 475 – Puerto Maldonado – Madre de Dios.

1.2 OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente proceso de selección tiene por objeto la contratación temporal de profesionales de la salud para cubrir plazas vacantes del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS correspondientes a los procesos SERUMS 2026-I y la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, generadas por abandono de plaza y renuncias aceptadas por el Comité Regional SERUMS.

Asimismo, las presentes Bases tienen por finalidad establecer los procedimientos, requisitos y criterios técnicos para la selección de profesionales de la salud que ocuparán las plazas vacantes, garantizando la continuidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud en los establecimientos e instituciones de la jurisdicción de la DIRESA Madre de Dios.

1.3 FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La contratación se efectuará con cargo a los recursos asignados al Programa SERUMS y demás recursos presupuestales autorizados para la cobertura de plazas vacantes, de conformidad con la normatividad vigente.

1.4 BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS.
- Decreto Supremo N° 005-97-SA, Reglamento de la Ley N° 23330.

- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias.
- Ley N° 32185, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2026.
- TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 27815, Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil y su Reglamento.
- Resolución Ministerial N° 612-2021/MINSA.
- Instructivo del Proceso SERUMS 2026-I.
- Demás normas complementarias y conexas.

1.5 REQUERIMIENTO DE PROFESIONALES DE LA SALUD

CONTRATO TEMPORAL PARA CUBRIR PLAZAS VACANTES DEL PROCESO SERUMS 2026-I

CODIGO	PPTTO	PORCESO	LUGAR DE TRABAJO	N° DE PLAZA	PLAZA O CARGO	TIEMPO DE CONTRATO	REMUNERACION
S-01	NACIONAL	2026-I	E.S. Yomibato	1	Enfermería	A partir del 01 de agosto hasta el 30 de abril del 2027	5,300.00

TOTAL, DE PLAZAS VACANTES: 01

II. PERFIL DEL PUESTO

El perfil del puesto es formulado por el área usuaria y validado por la Oficina de Personal, de acuerdo con la necesidad institucional y la normativa vigente.

III. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Modalidad de trabajo	La modalidad de trabajo es Presencial.
Lugar de prestación	Establecimiento de salud de plaza adjudicada
Duración del contrato:	Del 01 de agosto hasta el 30 de abril del 2027.
Remuneración	Por el tiempo que precisa el cuadro de requerimiento *y el perfil del Puesto.*

Otras condiciones esenciales	✓ No tener impedimento para contratar con el Estado. ✓ No registrar antecedentes penales, policiales o judiciales. ✓ No tener sanción administrativa vigente. ✓ No percibir doble remuneración del Estado, salvo las excepciones de ley.

IV. CRONOGRAMA DEL PROCESO

ACTIVIDAD	FECHA
Publicación de la convocatoria en el portal https://diresamdd.gob.pe/index.php	16/07/2026
Presentación de curriculum vitae por mesa de partes de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios Horario de atención de 8:00 a.m. - 4:30 p.m.	17/07/2026
Evaluación curricular y publicación de resultados portal DIRESA Madre de Dios https://diresamdd.gob.pe/index.php	18/07/2026
Adjudicación	20/07/2026

V. PRESENTACIÓN DE CURRICULUM VITAE

La Presentación de curriculum vitae se realizará mediante MESA DE PARTES - DIRESA Madre de Dios o Virtual al correo consignado. Los postulantes deberán presentar su documentación por una sola vez, dentro del horario establecido en el cronograma del proceso.

El postulante será responsable de la exactitud y veracidad de la información detallada ingresada en la ficha única de datos, y anexos obligatorios, que al momento de la inscripción deberán ser adjuntados en forma documentada en fotocopia legible y/o impreso según el detalle del curriculum vitae establecido en las presentes bases.

El postulante deberá presentar la documentación en el siguiente orden: (Currículum Vitae documentado y debidamente foliado).

a) Solicitud de inscripción.
b) Ficha de autoevaluación firmada
c) Curriculum Vitae descriptivo.
d) Certificado Médico de Buena Salud Física expedido por una Institución Pública o Privada.
e) Certificado Médico de Buena Salud Mental expedido por una Institución Pública o

Privada.

f) Declaración Jurada de no contar con antecedentes policiales, penales y judiciales. (Ver Anexo 02)
g) Declaración Jurada de no percibir ingresos por parte del Estado (remuneración, emolumento, pensión o cualquier otro ingreso). (Ver Anexo 03)
h) Reporte de no encontrarse en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) – Poder Judicial, el cual debe ser consultado e impreso a través del enlace https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/
i) Reporte de no encontrarse en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC) – SERVIR, el cual debe ser consultado e impreso a través del enlace: https://www.sanciones.gob.pe/rnssc/#/transparencia/acceso
j) Constancia de Estado de Afiliación al Sistema Nacional de Pensiones (ONP) o al Sistema Privada de Pensiones (AFP).
k) Declaración Jurada de Confidencialidad. (Ver Anexo 04).
l) Copia del Documento Nacional de Identidad (DNI).
m) Resolución de haber culminado satisfactoriamente el Programa SERUMS.
n) Copia del Título Profesional.
o) Constancia de habilitación profesional vigente.
p) Documentos que acrediten la experiencia laboral (en el sector público. No se considerará la experiencia laboral adquirida en instituciones particulares y que no sean afines al cargo).
q) Documentos que acrediten la capacitación y actualización profesional a fines al cargo.

La documentación deberá presentarse en el orden señalado. La omisión de cualquiera de los requisitos o documentos exigidos en las presentes Bases, así como la presentación incompleta de la documentación, invalidará la postulación y dará lugar a la descalificación del postulante, sin lugar a subsanación.

VI. ETAPA DE EVALUACIÓN

La etapa de evaluación estará a cargo de la Oficina de Personal, la Coordinación Regional SERUMS y la Dirección Ejecutiva de Cuidado Integral por Curso de Vida, quienes verificarán el cumplimiento de los requisitos y criterios establecidos en las presentes bases.

La evaluación constará de:

ETAPAS	PUNTAJE MAXIMO	PORCENTAJE
EVALUACION CURRICULAR	100 PUNTOS	100%
TOTAL	100 PUNTOS	100%

Puntaje mínimo aprobatorio: 60 puntos.

VII. BONIFICACIONES

Se otorgarán las bonificaciones previstas por ley para:

a. A las personas con Discapacidad, (Ley N° 29248 y su Reglamento) se les otorgará una bonificación por discapacidad, equivalente al 15% sobre el puntaje final obtenido, ello, siempre y cuando lo haya indicado expresamente en la ficha única de datos, adjuntando la resolución y/o carné CONADIS en el curriculum vitae.

b. Al personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, se otorgará una bonificación del 10%, sobre el puntaje final obtenido, de conformidad con la Ley N° 29248 y su reglamento, ello, siempre y cuando lo haya indicado expresamente en la
ficha única de datos, adjuntando en el curriculum vitae documento pertinente que lo acredite como licenciado de las Fuerzas Armadas.

c. Al personal que realizo SERUMS, se tendrá en cuenta los beneficios que se otorga por grado de dificultad y/o quintil de pobreza, de acuerdo a sus resoluciones de término de SERUMS, y el porcentaje que corresponde se aplicará sobre el puntaje final obtenido.

VIII. PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados preliminares y finales serán publicados en la página web institucional y en lugares visibles de la DIRESA Madre de Dios.

IX. DISPOSICIONES FINALES

a) Los miembros de la Comisión asumirán responsabilidad por la evaluación realizada.
b) El postulante que presente documentación falsa será descalificado automáticamente, sin perjuicio de las acciones legales correspondientes.
c) Cualquier situación no prevista en las presentes Bases será resuelta por la Comisión del Concurso.

Puerto Maldonado, julio de 2026

LA COMISIÓN

TERMINOS DE REFERENCIA

ENFERMERO/A – E.S. YOMIBATO: 01 PLAZA	
REQUISITOS	DETALLE
Formación académica	Título Profesional Universitario de Licenciado/a en Enfermería.
Habilitación profesional	Constancia de habilitación vigente emitida por el Colegio de Enfermeros del Perú.
Experiencia	De preferencia experiencia en establecimientos del primer nivel de atención y/o en actividades comunitarias de salud.
Capacitación	Capacitaciones relacionadas con atención integral de salud, inmunizaciones, salud pública, emergencias y/o programas presupuestales.
SERUMS	Resolución de Término De SERUMS (indispensable)
Conocimientos	✓ Normatividad del Programa SERUMS. ✓ Atención integral de salud por etapas de vida. ✓ Promoción y prevención de la salud. ✓ Manejo básico de emergencias y referencia de pacientes. ✓ Registro y reporte de información sanitaria.
Competencias	✓ Trabajo en equipo. ✓ Comunicación efectiva. ✓ Responsabilidad y ética profesional. ✓ Capacidad de adaptación a zonas rurales y de difícil acceso. ✓ Orientación al usuario y a la comunidad.
Funciones principales	✓ Brindar atención integral de enfermería a la población asignada. ✓ Participar en actividades de promoción y prevención de la salud. ✓ Ejecutar actividades de inmunización y vigilancia sanitaria según normativa vigente. ✓ Realizar visitas domiciliarias y actividades extramurales. ✓ Registrar y reportar oportunamente la información sanitaria. ✓ Participar en campañas de salud y actividades comunitarias programadas por el establecimiento.
Lugar de prestación	E.S. YOMIBATO
Duración del contrato	Desde la suscripción del contrato hasta el 30 de abril del 2027
Remuneración mensual	S/ 5,300.00 más bono ZAF y pago por guardias, de acuerdo con la normativa vigente.

SERUMS
Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud

GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Sra. : *M.C. Benedicta Emperatriz Morales Valdivia*
Directora Regional de Salud
Dirección Regional de Salud de Madre de Dios

Presente.-

Asunto: Solicitud de inscripción a la Segunda Convocatoria del Concurso N° 002-2026 para Contrato Temporal de Profesionales de la Salud para cubrir una plaza vacante del Programa SERUMS.

Yo, _____, identificado(a) con DNI N°_____, con domicilio en _____, distrito _____, provincia _____, departamento _____, teléfono _____ y correo electrónico _____, de profesión _____, ante usted me presento y expongo:

Que, habiendo tomado conocimiento de las Bases de la **Segunda Convocatoria del Concurso N° 002-2026 para Contrato Temporal de Profesionales de la Salud para cubrir una plaza vacante del Programa SERUMS**, solicito a usted se sirva disponer mi inscripción como postulante para participar en el referido proceso de selección para la plaza de _____ **del Establecimiento de Salud** _____, para lo cual adjunto la documentación exigida en las Bases.

Asimismo, **declaro bajo juramento** que la información consignada y la documentación presentada son veraces y auténticas, sometiéndome a las responsabilidades administrativas, civiles y penales que correspondan en caso de comprobarse falsedad u omisión de información.

Por lo expuesto, solicito a usted admitir mi inscripción en el presente proceso de selección.

Puerto Maldonado, ____ de _____ del 2026.

Atentamente,

_____
Firma del postulante
Nombres y Apellidos: _____
DNI N°: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

SERUMS
Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS

FICHA DE AUTO EVALUACIÓN CURRICULAR Y ENTREVISTA PERSONAL PROFESIONALES Y TECNICOS

Nombres y Apellidos:	
Profesión:	
Cargo al que postula:	

RUBRO	PUNTAJE MAXIMO	
	Profesionales	
A. Formación Curricular y Capacitación	70 puntos	
B. Identificación institucional	10 puntos	
C. Experiencia laboral	20 puntos	
TOTAL	100 puntos	

A. FORMACION CURRICULAR Y CAPACITACION

Ítem	Profesionales		Autoevaluación	Revisión
Título Profesional y/o Técnico.	50 puntos			
Grado de Doctor	10 puntos			
Grado de Maestría	05 puntos			
TOTAL MAXIMO	65 puntos			

CAPACITACION EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

Ítem	Profesionales		Autoevaluación	Revisión
Diplomados mayores a 500 hrs lectivas (máximo 2 diplomados) por cada diplomado 1.5	03 puntos			
Cursos menores a 500 hrs lectivas, se calificarán en ambas partes o factor de corrección 0.004 por hora *	02 puntos			
TOTAL, MAXIMO	05 puntos			

*En el caso de que los cursos sean menores a 500 hrs lectivas, se calificarán en avas partes, aplicándose el factor de corrección de 0.004 para los postulantes, conforme de las bases aprobadas.

- *Solo se calificarán los diplomados y/o certificados con una antigüedad* ***no mayor de 5 años*** *y posteriores a la expedición del Título Profesional.*
- *En los cursos que no especifiquen horas se tomará la equivalencia de 17 horas por cada crédito.*

B. IDENTIFICACION INSTITUCIONAL

Ítem	Profesionales		Autoevaluación	Revisión
Resolución de Encargo: 1 punto (máx. 5 Resol.)	05 puntos			
Resolución de Felicitación 1 punto (máx. 5 Resol.)	05 puntos			
TOTAL MAXIMO	10 puntos			

C. EXPERIENCIA LABORAL

Ítem	Profesionales		Autoevaluación	Revisión
- 4 puntos x año (máx. 5 años) para **profesionales**	20 puntos			
TOTAL MAXIMO	20 puntos			

- *El tiempo de servicio sólo será calificado si se describe y acredita con la resolución o contrato respectivo. (DL. 276, 728, CAS), y* se tomara en cuenta la Ley 31396

PUNTAJE CURRICULAR:

AUTOEVALUACIÓN *(Puntaje)*	**Firma del Postulante**	**REVISION** *(Evaluador)*

BONIFICACIONES.- Las bonificaciones son excluyentes entre sí, en el caso de que el postulante revele más de un beneficio, solo se le otorgara el de mayor porcentaje, el cual **se aplicará sobre el puntaje final obtenido**:

Ítem	**Porcentaje**	**Revisión**	**Observación**
• Licenciado de las Fuerzas Armadas	10%		
• Personas con Discapacidad	15%		
• **Quintil de Pobreza:** (Decreto Supremo Nº 007 – 2008 – SA) • **Grado de Dificultad :**(R.M. 616-2022-MINSA)			
– Quintil 1 – Grado de Dificultad 5	15%		
– Quintil 2 – Grado de Dificultad 4	10%		
– Quintil 3 – Grado de Dificultad 3	7%		
– Quintil 4 – Grado de Dificultad 2	3%		
– Quintil 5 – Grado de Dificultad 1	0%		

PUNTAJE TOTAL FINAL *(Para ser llenado por el evaluador)*:

FACTORES	**PUNTAJE OBTENIDO**	**PROMEDIO %**		**OBSERVACION**
EVALUACIÓN CURRICULAR		50%		
BONIFICACIÓN				
TOTAL				

Puerto Maldonado, de de 2026.

FIRMA Y SELLO DE LOS EVALUADORES *(Curriculum Vitae)*

SERUMS
Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud

GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS
DIRECCION REGIONAL DE MADRE DE DIOS

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

FICHA UNICA DE DATOS

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS

foto Actualizada

La Oficina Ejecutiva de Recursos Humanos, solicita llenar la "Ficha Única de Datos Personales" que recaba informacion detallada del servidor, la misma que permitira conocer su desarrollo academico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene caracter de Declaracion Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presuncion de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del articulo IV y en el articulo 51° del Texto Unico Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:			
DNI N°		RUC N°	
Fecha de Nacimiento	/ /	Distrito, Provincia-Departamento	
Telefono Fijo		Telefono Movil	
Correo Electronico Personal		Grupo Sanguineo	
Enfermedades y Alergias			
En caso de Emergencia contactar a:			
Parentesco		Telefono de contacto de Emergencia	
Estado Civil	( ) Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Viudo/a ( ) Divorciado/a ( ) Conviviente		
Discapacidad	( ) SI ( ) NO		
Tipo de Discapacidad	( ) Fisicas ( ) Sensoriales ( ) Mentales ( ) Intelectuales		

DOMICILIO

Tipo de Via (marcar con "X")

( ) Avenida ( ) Jiron ( ) Calle ( ) Pasaje ( ) Alameda ( ) Malecon ( ) Ovalo

( ) Parque ( ) Plaza ( ) Carretera ( ) Trocha ( ) Otros: Especificar:

Nombre de la Via:		Numero:	
		Interior:	

Tipo de Zona (marcar con "X")

( ) Urbanizacion ( ) Pueblo Joven ( ) Unidad Vecinal ( ) Conjunto Habitacional

( ) Asentamiento Humano ( ) Cooperativa ( ) Residencial ( ) Zona Industrial

( ) Grupo ( ) Caserio ( ) Fundo ( ) Otros especificar:

Nombre de la Zona:		Numero:	
		Interior:	
Ubicación Geografica:	Departamento:	Provincia:	
		Distrito:	

Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institucion cercana)

DATOS FAMILIARES

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

DATOS PROFESIONALES Y ACADEMICOS

Profesion				
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura		% Quintil (grado de dificultad) SERUMS

Fecha hasta la cual se encuentra habilitado		N° de Colegiatura		

Estudios Superiores (Universitario - Tecnico)

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

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

Estudios Postgrado (Maestria - Doctorado)

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

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

Segunda Especializacion - Diplomados

Centro de Estudios	Materia	Inicio/Termino	Créditos u horas académicas	Nivel alcanzado (Especialista/Diplomado/Egresado/Estudiante)*
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		

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

Cursos - Seminarios

Centro de Estudios	Materia	Inicio/Termino	Créditos u horas académicas	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		

		/		

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

IDIOMAS

Lengua extranjera	Nivel Basico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado

DATOS LABORALES

Experiencia Laboral

Institucion / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Termino	Años/Meses/Días
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /

Labores de Docencia

Centro de Enseñanzas	Curso Dictado	Inicio	Termino	Años/Meses/Días
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /

Identificación Institucional

Resoluciones o Memorandums de Encargo	Entidad que la otorga	Fecha	Motivo de la Encargatura
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

Identificación Institucional

Resoluciones de Felicitación	Entidad que la otorga	Fecha	Motivo de la Felicitación
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

		/ /	
		/ /	

DECLARACION JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES

Declaro bajo juramento lo siguiente:

SI	NO	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
SI	NO	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
SI	NO	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
SI	NO	TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)
SI	NO	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)
SI	NO	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRACTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)
SI	NO	ESTAR INSCRITO EN LA RELACION DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCION VIGENTE
SI	NO	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTICULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCION PUBLICA Y CONTRATACION DEL ESTADO
SI	NO	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGIA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794
SI	NO	NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO EN LA MODALIDAD DE CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS, NI ESTAR DENTRO DE LAS PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDAD SEÑALADAS EN LA LEY N° 27588 Y SU REGLAMENTO, APROBADO POR EL DECRETO SUPREMO N° 019-03-PCM
SI	NO	NEPOTISMO: NO TENER GRADO DE PARENTESCO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y POR RAZON DE MATRIMONIO CON LOS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS DE CONFIANZA Y DIRECTIVOS SUPERIORES DE LA DIRESA PUNO, QUE GOZAN DE FACULTAD DE NOMBRAMIENTO Y CONTRATACION DE PERSONAL O TENGAN INJERENCIA DIRECTA O INDIRECTA EN EL PROCESO DE SELECCION. (LEY N° 26771 Y SU REGLAMENTO APROBADO POR DECRETO SUPREMO N° 021-2000-PCM Y SUS MODIFICATORIAS)
SI	NO	PERCIBIR SIMULTANEAMENTE REMUNERACION, PENSION U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACION DE SERVICIOS ASESORIAS O CONSULTORIAS O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCION O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCION DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCION DE DIETAS POR PARTICIPACION EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ORGANOS COLEGIADOS
SI	NO	SER DISCAPACITADO (CONADIS)
SI	NO	SER LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

LA PRESENTE FICHA DEBERA SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Fecha	/ / Dia Mes Año	Firma:	

DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON ANTECEDENTES POLICIALES PENALES Y JUDICIALES

Yo.....

Identificado con DNI/CE N°....., nacionalidad.....

con domicilio actual .....

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

Profesión.....prestaré servicios en Establecimiento de salud.....DIRIS/DIRESA/GERESA.....

declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO CONTAR CON ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES.

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Ciudad,.....de.....de 202...

Huella Digital

Firma: .....

(Idéntica al DNI/CE)

Email:
Celular:

DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO

Yo.....

Identificado(a) con DNI/CE N°.....,

nacionalidad.....con domicilio actual

.....

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

Profesión.....prestaré servicios en Establecimiento de salud.....DIRIS/DIRESA/GERESA.....

declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO PERCIBIR INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO (remuneración, retribución, emolumento, pensión, o cualquier otro tipo de ingreso).

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Ciudad,.....de.....de 202...

Huella Digital

Firma: .....

(Idéntica al DNI/CE)

Email:
Celular:

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD

Yo.....

Identificado con DNI/CE N°....., nacionalidad.....

con domicilio actual .....

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

Profesión.....prestaré servicios en el Establecimiento de salud.....DIRIS/DIRESA/GERESA.....

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.

Ciudad,.....de.....de 202...

Firma: .....
(Idéntica al DNI/CE)

Email:
Celular:

FORMATO DE ELECCION DEL REGIMEN PENSIONARIO

DATOS PERSONALES:	
APELLIDO PATERNO:	
APELLIDO MATERNO:	
NOMBRES:	
TIPO DE DOCUMENTO:	DNI N°
	CARNET EXTRANJERIA N°
SEXO	F M
FECHA DE NACIMIENTO	DIA MES AÑO
DOMICILIO	
DISTRITO	
PROVINCIA	
DEPARTAMENTO	

EMAIL PERSONAL

EMAIL PERSONAL (Alternativo)

TELEFONO FIJO:

CELULAR:

DATOS DE LA ENTIDAD:	
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	MINISTERIO DE SALUD
Nº DE RUC:	20131373237
DEPARTAMENTO DE DOMICILIO FISCAL:	AV. SALAVERRY N° 801 - JESUS MARIA - LIMA
FECHA DE INICIO:	Día Mes Año
REMUNERACION:	

ELECCIÓN DEL SISTEMA DE REGIMEN PENSIONARIO

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (ONP) ☐

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) ☐

CUSPP AFP

FECHA CUSPP

Firma del profesional: _____

autentica al DNI/CE

Lima, ... de ..... de 202....

Según Resolución SBS Nº 6202-2013 (Art. 2º); "..en caso no hubiese elegido un sistema pensionario, informarle al trabajador su incorporacion automática al SPP..."