

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano o unidad orgánica:	SUBDIRECCIÓN DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO - ORN
Denominación del puesto:	No se considera
Nombre del puesto:	MÉDICO CIRUJANO (1 PUESTO)
Dependencia jerárquica lineal:	SUB DIRECCION DE SALUD PENITENCIARIA
Dependencia funcional:	JEFATURA DEL CENTRO DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO
Puestos a su cargo:	NO APLICA

PROCESO CAS Nº 002- 2020-INPE/17

MISIÓN DEL PUESTO

Prestar sus servicios profesionales como médico cirujano en el servicio de salud penitenciario, brindando atención a la PPL afectada o en riesgo de infección por coronavirus.

FUNCIONES DEL PUESTO

Brindar atención por consultorio externo, hospitalización, urgencias y emergencias a la PPL afectada o en riesgo con coronavirus.
Administración de tratamientos supervisados de acuerdo a la indicación médica.
Realizar la evacuación de emergencia de los pacientes internos que la requieren, de acuerdo al plan de contingencia INPE Coronavirus .
Realizar la evaluación e informe de su competencia a solicitud de las autoridades.
Registrar las atenciones realizadas en los registros de su competencia (Historia clínica, registros, etc.)
Realizar guardias médicas de acuerdo al cronograma establecido por la jefatura del servicio de salud.
Disponibilidad para rotar a otro establecimiento penitenciarios de ser necesario.
Otras que disponga el jefe inmediato superior.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

Unidades Orgánicas del Establecimiento Penitenciario.

Coordinaciones Externas

Con los Establecimientos de Salud del MINSA, Laboratorios Referenciales MINSA, RED/DIRESA/GERESA del MINSA de la jurisdicción del establecimiento penitenciario.

Con la Coordinación Regional de Salud

FORMACIÓN ACADÉMICA (sustentar con documentos)

A.) Nivel Educativo	B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto	C.) ¿Se requiere Colegiatura?																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Incompleta</th> <th>Completa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Universitario</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Incompleta	Completa	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">MÉDICO CIRUJANO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bachiller</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maestría</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doctorado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Egresado(a)	MÉDICO CIRUJANO	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura		<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado		<input type="checkbox"/> Doctorado		<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>¿Se requiere Colegiatura?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Requiere habilitación profesional?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se requiere Colegiatura?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Requiere habilitación profesional?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Incompleta	Completa																																					
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/> Egresado(a)	MÉDICO CIRUJANO																																						
<input type="checkbox"/> Bachiller																																							
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura																																							
<input type="checkbox"/> Maestría																																							
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado																																							
<input type="checkbox"/> Doctorado																																							
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado																																							
¿Se requiere Colegiatura?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																					
¿Requiere habilitación profesional?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																					

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentadora):

Conocimiento en el manejo de urgencias y emergencias.

Conocimiento sobre Control de infecciones en servicios de salud.

B.) Cursos y Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los programas de especialización no menos de 90 horas.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos (Word; Open Office)		X		
Hojas de cálculo (Excel; OpenCalc, etc.)		X		
Programa de presentaciones (Power (Otros)		X		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	X			
.....				
.....				
Observaciones.-				

EXPERIENCIA (sustentar con documentos)

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

2 años

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional
 Auxiliar o Asistente
 Analista / Especialista
 Supervisor / Coordinador
 Jefe de Área o Dpto
 Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

1 año

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

SÍ, el puesto requiere contar con experiencia en el sector
 NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

Haber realizado SERUMS (OPCIONAL)

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Dinamismo y productividad, responsabilidad, confidencialidad, disciplina y puntualidad.

Manejo en situaciones de crisis y trabajo en equipo

Capacidad de liderazgo y toma de decisiones

DETALLES	
LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO	OFICINA REGIONAL NORTE CHICLAYO: EP Chiclayo (01)
DURACION DEL CONTRATO	INICIO : a la firma del contrato
	TERMINO : 30 de junio 2020 (sujeto a renovación)
REMUNERACION MENSUAL	Sueldo: S/. 7,000
	Incluye los montos y afiliaciones de ley, así como toda deducción aplicable al trabajador

CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO
CAS N° 002-2020-INPE/17 - SUBDIRECCION DE TRATAMIENTO

De acuerdo a lo establecido en el numeral 27.2 del artículo 27 del Decreto de Urgencia N° 029-2020, a través del cual se prevé que hasta el 31 de diciembre del presente año, a fin de garantizar las medidas para atender la emergencia por el COVID-19, se autoriza a las entidades del Gobierno Nacional y Gobiernos Regionales la contratación de personal bajo la modalidad del régimen del CAS que preste servicios para la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus en los establecimientos de salud, el cual exonera de la obligación del concurso a que se refiere el artículo 8 del D.L N° 1057.

D.U. 037-2020, en el cual se autoriza incorporar a los profesionales de Salud sin SERUM.

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	MEDICO CIRUJANO (01) - E.P. CHICLAYO
DURACION DEL CONTRATO	INICIO : a la firma del contrato TERMINO : 30 de junio 2020 (sujeto a renovación)
CONTRAPRESTACIÓN	MEDICO CIRUJANO (S/. 7000.0) Asi como toda deducción aplicable al trabajador

CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

	ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	AREA RESPONSABLE
CONVOCATORIA			
1	Publicación de la Convocatoria en www.inpe.gob.pe	Del 28/04/2020 al 30/04/2020	Equipo de Recursos Humanos
2	Presentación de hoja de vida documentada al correo: seleccion.cas.norte@inpe.gob.pe En el siguiente horario 29/04/2020: de 08:00 am a 06:00 pm 30/04/2020: de 08:00 am a 01:00 pm, colocar en el asunto del correo: CAS N° 002 - MEDICO CIRUJANO Los documentos a presentar en formato PDF son: 1. Ficha de Inscripción (Formato N° 01). 2. Solicitud de Inscripción como postulante (Anexo N° 3). 3. Declaración Jurada (Anexo N° 4 – A). 4. Declaración Jurada (Anexo N° 4 – B). 5. Declaración Jurada sobre Nepotismo (Anexo N° 9). 6. Copia simple de DNI. 7. Copia del título universitario. 8. Copia de colegiatura y habilitación vigente. 9. Certificado de experiencia general de 02 años. 10. Certificado de experiencia específica de 01 año. 11. Resolución de SERUM (Opcional) Los documentos a presentar deben estar contenidos en un sólo archivo el cual no debe exceder los 10 MB.	29/04/2020 y 30/04/2020	Equipo de Recursos Humanos
SELECCION			
3	Evaluación Curricular	30/04/2020	Comité de selección
4	Publicación de Resultado final : www.inpe.gob.pe	30/04/2020	Equipo de Recursos Humanos
SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO			
5	Suscripción de Contrato	01/05/2020	Equipo de Recursos Humanos
6	Inicio de labores	01/05/2020	Equipo de Recursos Humanos

1. LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR VERIFICACION POSTERIOR A LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS POR LOS POSTULANTES, EN CUMPLIMIENTO DEL TEXTO UNICO ORDENADO DE LA LEY N° 24777, TENER EN CUENTA QUE EL FRAUDE O FALSEDADE DE LA INFORMACION ESTA SUJETA A UNA MULTA DE SUIT A 10 UIT Y HASTA SANCION PENAL.

2. ES DEBER DEL POSTULANTE COMPROBAR LA VERACIDAD DE SUS DOCUMENTOS ANTES DE PRESENTARLO ANTE LA ENTIDAD

**FORMATO N° 01
FICHA DE INSCRIPCION**

Convocatoria CAS N° 002-2020-INPE/17 para cubrir plazas – D.L. N° 1057 de la Oficina Regional Norte Chiclayo - Instituto Nacional Penitenciario - INPE

1. DATOS PERSONALES

PUESTO AL QUE POSTULA:

DNI N°	
Apellidos y Nombres	
Fecha de Nacimiento Dia/Mes/Año	
Dirección	
Distrito	
Estado Civil	
Teléfono celular	
Teléfono fijo	
Correo electrónico	
Medio por el cual se enteró del proceso CAS.	

Los datos consignados en esta ficha deberán ser acreditados en la etapa de presentación de hoja de vida documentada Cuando el postulante no adjunte documentos requerido en el perfil de puesto será declarado como NO APTO.

2. FORMACIÓN ACADÉMICA

	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL ALCANZADO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES/AÑO		Años de estudios	Que documento tiene que sustente lo señalado	(*) N° de Folio
				DESDE	HASTA			
FORMACIÓN UNIVERSITARIA				/	/			
MAESTRÍA				/	/			
OTROS ESTUDIOS (Otras profesiones, Especialidades y/o Maestrías)				/	/			
OTROS ESTUDIOS (Otras profesiones, Especialidades y/o Maestrías)				/	/			

(*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM DOCUMENTADO

3. ESTUDIOS RELACIONADOS A ESPECIALIZACIONES O DIPLOMADOS (RELACIONADO A LO SOLICITADO EN EL PERFIL DE PUESTO).

NOMBRE DEL DIPLOMADO	CONDICIÓN	INSTITUCIÓN	AÑO QUE REALIZÓ EL DIPLOMADO	HORAS LECTIVAS DE DURACIÓN DEL DIPLOMADO	Que documento tiene Ud. que sustente lo señalado	(*) N° de Folio

(*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM DOCUMENTADO

OTROS DATOS	SI/NO	Nro de Folio
Se encuentra Usted Colegiado		
se encuentra Usted Habilitado		
Pertence Ud. al Cuerpo de Gerentes Públicos		

OTROS DATOS	SI/NO	Nro de Folio
Es Ud. Una Persona con Discapacidad		
Ud. Es Licenciado de las Fuerzas Armadas		

CAPACITACIONES COMPLEMENTARIAS (ACORDE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL PERFIL DE PUESTO)

CURSOS (Seminarios, Computación, Ingles considere agregar el nivel alcanzado, acorde a los requisitos del perfil)	NIVEL	TIEMPO DE ESTUDIOS	Que documento tiene que sustente lo señalado	(*) N° de Folio
INGLES				
Computación				

CURSOS (Seminario, Congreso, Talleres acordes a los requisitos del perfil)	INSTITUCIÓN	TIEMPO DE ESTUDIOS EN HORAS	Que documento tiene que sustente lo señalado	(*) N° de Folio

(*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM DOCUMENTADO

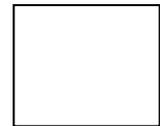
4. EXPERIENCIA LABORAL (COMPLETAR CON AQUELLOS PUESTOS DE TRABAJO AFINES A LAS FUNCIONES DEL SERVICIO SOLICITADO, INICIANDO POR LA EXPERIENCIA MÁS RECIENTE).

EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN	UNIDAD ORGÁNICA / ÁREA	SECTOR	CARGO / NOMBRE DE LA FUNCIÓN	DESCRIBA LAS FUNCIONES PRINCIPALES RELACIONAS AL PUESTO QUE POSTULA	FECHA DE INICIO D/M/A	FECHA DE TERMINO D/M/A	AÑOS/MESES/DÍAS DE EXPERIENCIA	Que documento tiene que sustente lo señalado	Motivo de retiro	(*) N° de Folio
TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA							0			

(*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM DOCUMENTADO

Nota: La Información contenida en la presente Ficha de Inscripción tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual el INPE tomará por cierto la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente, así como solicitar la acreditación de la misma, de conformidad al Artículo 32° (numerales 32.1, 32.2 y 32.3) y Artículo 42° (numeral 42.1) de la Ley N° 27444 "Ley de procedimiento administrativo general", en fe de lo cual firmó la presente.

Ciudad de del díadel mes de del año 20.....



Impresión Dactilar

Firma del postulante: _____
DNI



ANEXO N° 03

**SOLICITA: Inscripción como postulante para el Contrato
Administrativo de Servicios**

N°:.....

SEÑOR(A) JEFE DEL EQUIPO DE RECURSOS HUMANOS – INPE

Yo,con
DNI N°.....y con dirección domiciliaria en:.....
.....solicito mi participación
como postulante en el proceso de selección para la Contratación Administrativa de Servicios
N°.....para ocupar el puesto de.....en el/la
EE.PP/Oficinaregulado por el Decreto
Legislativo N° 1057 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075- 2008-PCM, para lo cual
adjunto lo siguiente:

- 1. Curriculum Vitae debidamente documentado
- 2. Declaraciones Juradas del Postulante (Anexo N°04 A y B)
- 3. Copia Simple deDNI

Atentamente,

Chiclayo,.....de.....de 202...

.....
FIRMA

OTROS DATOS IMPORTANTES:

Teléfono (casa)..... (Celular).....

E-mail:

OBS: si Ud. postula a algún Establecimiento Penitenciario favor especificar el EE.PP.



ANEXO N° 04-A

DECLARACION JURADA

Yo , identificado con DNI
N.ºcon domicilio en.....,
Distrito Provincia y Departamento
....., de estado civil

DECLARO BAJO JURAMENTO:

BUENA SALUD

Gozar de buen estado de salud mental y que no padezco de ninguna enfermedad infecto contagiosa

ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES

No tener antecedentes penales, judiciales ni policiales

DEUDOR ALIMENTARIOS MOROSOS (Ley N° 28970)

- No adeudo cinco (05) cuotas sucesivas o no, por concepto de obligaciones alimentarias establecidas en sentencias consentidas o ejecutoriadas, o en acuerdo conciliatorios con calidad de cosa juzgada.
- No adeudo cinco (05) pensiones alimenticias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdo conciliatorios extrajudiciales.

INCOMPATIBILIDAD (Ley N° 27588)

No tener impedimento de contratar con el Estado en la modalidad de Servicios ni estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el Decreto Supremo N° 019-02-PCM ⁽¹⁾

SANCIONADO O INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE

Que no me encuentre sancionado o inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado; ni me encuentre al alcance de las prohibiciones e incompatibilidades; asimismo, no me encuentre comprendido en ninguna de las causales contempladas en el artículo 9 del Texto Único Ordenado de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, ni en ninguna otra causal contemplada en normas legales o reglamentarias que determine mi imposibilidad de ser postor o contratista del Estado.

- No contar con proceso judicial vigente contra el INPE.

En ese sentido, no me encuentro bajo ninguna de las causales que impidan mi contratación bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios.

Declaro someterme a las disposiciones de la Directiva que regula el Proceso de Selección para la Contratación de Personal bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios del INPE

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y 42° de la Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por la Ley N.º 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Chiclayo, ____ / ____ / 202__

DNI.: _____



ANEXO N° 04-B

DECLARACION JURADA

DOBLE PERCEPCION DEL ESTADO

Yo..... identificado con DNI N.º.....con domicilio en..... Distrito Provincia.....y Departamentode estado civil.....,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

SI NO

Vengo percibiendo ingresos del Estado Peruano bajo cualquier otra modalidad.

TIPO DE INGRESOS	MONTO S/.	ENTIDAD	MOTIVO
Pensión de Jubilación ONP 20530			
Pensión de Jubilación ONP 19990			
Remuneración			
Locación de Servicios (SNP, RHP)			
Otros			

Asimismo, declaro conocer que está prohibido percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado)

Declaro además que la falta de veracidad de lo manifestado dará a las sanciones conforme a lo dispuesto en la Normatividad vigente respecto al Código Penal y a la Ley 27444 de Simplificación Administrativa.

Chiclayo,



Huella Digital Índice Derecho

Nombres y Apellidos.....
DNI:

ANEXO N° 09

DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO

Señores del Instituto Nacional Penitenciario:

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

Distrito..... Provincia..... y
Departamento....., de Estado civil, postulante al Proceso de
Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios N°....., al amparo del principio de
veracidad establecido en el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento
Administrativo General y de lo dispuesto en los artículos 42° y 242° de la referida norma,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que no tengo ningún grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio, con los funcionarios de dirección y/o servidores del Instituto Nacional Penitenciario, que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección. Tampoco no tengo ningún grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de convivencia con personas procesadas y/o reclusas en los Establecimientos Penitenciarios del Instituto Nacional Penitenciario

EN CASO DE TENER PARIENTES:

Declaro bajo juramento, que, en el Instituto Nacional Penitenciario, presta y/o prestó servicios la (s) persona (s) cuyos apellidos y nombres índico, con quien (es) me une el grado de parentesco o vínculo conyugal (o convivencia) señalado a continuación:

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	OFICINA O DEPENDENCIA

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido a la Ley N° 26771, Reglamento y modificatorias, Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público. Que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a las acciones legales y penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Chiclayo,/...../202.....

.....

DNI.: _____