



UNIDAD EJECUTORA N° 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

PROCESO DE SELECCIÓN DEL PERSONAL N° 001-2023 MODALIDAD CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS – CAS HOSPITAL DE ESPINAR:

- 01 QUIMICO FARMACEUTICO.
- 01 LICENCIADA EN OBSTETRICIA.

(CAS N° 001 - 2023).

ESPINAR, FEBRERO DEL 2023



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

PROCESO DE SELECCIÓN DEL PERSONAL N° 001-2023
MODALIDAD CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS – CAS (DL N° 1057)
HOSPITAL DE ESPINAR

- 01 QUIMICO FARMACEUTICO
- 01 LICENCIADA EN OBSTETRICIA.

I. ENTIDAD CONVOCANTE.

UNIDAD EJECUTORA : 408- HOSPITAL DE ESPINAR.

II. OBJETO:

La Unidad Ejecutora 408- Hospital de Espinar; requiere con carácter de urgencia Contratar los Servicios de Personal Profesional de la Salud: (01) **Químico Farmacéutico** y (01) **Licenciada en Obstetricia**; para que presten sus servicios en las diferentes Unidades Asistenciales de la jurisdicción de la UE 408 Hospital de Espinar, bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios - C.A.S. con cargo a Fuente de Financiamiento Crédito Interno; cuya finalidad es dar cumplimiento, a actividades asistenciales programadas para el presente año, garantizando una eficiente, uniforme y transparente proceso de Contratación de personas naturales bajo los principios de igualdad de oportunidades y selección de personal idóneo para el desempeño del cargo, durante el periodo de vigencia del Contrato.

III. BASE LEGAL:

- ✓ Ley N°2684, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 27050, Ley General de las Personas con discapacidad y normas complementarias.
- ✓ Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- ✓ Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
- ✓ 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.
- ✓ Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud y sus modificatorias.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1057, Regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, Reglamento modificado por Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.
- ✓ Decreto de Urgencia N° 083-2021, Disposición Complementaria Final Única – Autorización Excepcional para la contratación de personal bajo el régimen del Decreto Legislativo N° 1057.
- ✓ Otras disposiciones relacionadas directamente con las normas al presente proceso.

IV. TOTAL PLAZAS A CONCURSAR.

N°	CARGO	PLAZAS	DURACION	MONTO A PERCIBIR
1	Químico Farmacéutico.	1	2 meses renovable	3,000.00
2	Licenciada en Obstetricia	1	2 meses renovable	2,200.00

V. ETAPAS DEL PROCESO:

El presente proceso de selección constará de Evaluación Curricular; el proceso lo lleva a cabo la Dirección de Administración; Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y el Representante del Área Usaria.

N°	ETAPA	PLAZO	
		INICIO	TERMINO
1	Publicación de las Plazas a Convocar	20 Febr.	23 Febr.
2	Recepción de Curriculum Vitae mesa de partes	21Febr.	24 Febr.



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

3	Evaluación de Curriculum Vitae	27 Febr.	27 Febr.
4	Publicación de Resultados Preliminares a las 16:00 Horas	27 Febr.	27 Febr.
5	Presentación de Reclamos de 08:00 a 12:00 horas	28 Febr.	28 Febr.
6	Absolución de Reclamos de 13:00 a 15:00 Horas	28 Febr.	28 Febr.
7	Publicación de Resultados Finales a las 16:00 Horas	28 Febr.	28 Febr.
8	Adjudicación de Plazas por la UGYDPH a partir de las 10:00 horas	01 Marz.	01 Marz.

VI. INSCRIPCIÓN Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES.

Los postulantes deberán presentar su Curriculum Vitae documentado, con FUT de manera física por mesa de partes de la Institución en los plazos señalados.

- De manera presencial mediante Mesa de Partes Institucional.
- El término del plazo de recepción de expedientes se podrá dar por concluido por la demanda de postulantes.
- Recibida la documentación se efectuará la verificación procediendo y aceptar la inscripción para el proceso de selección.
- La presentación por otros medios no contemplados en la presenta base amerita la eliminación automática.

VII. REQUISITOS PARA POSTULAR.

Podrán participar del presente proceso toda persona natural a condición que cumpla con los requisitos presentes.

VIII. IMPEDIMENTOS DE POSTULACION.

No podrán participar del presente proceso las personas que estén consideradas en las siguientes condiciones.

- Tener vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con los miembros integrantes de la comisión responsable de la evaluación interna.
- Tener antecedentes Penales, Policiales, Judiciales o Administrativos que impidan contratar con el estado.
- Tener patologías de salud mental que impidan el normal desenvolvimiento en sus funciones encomendadas.
- No tener vínculo laboral con otras entidades públicas.

IX. DOCUMENTOS A PRESENTAR OBLIGATORIOS:

QUIMICO FARMACEUTICO.

- Solicitud Inscripción de postulante dirigida al Presidente de la Comisión Evaluadora según Anexo 01 (Ficha Única).
- Fotocopia Documento Nacional de Identidad D.N.I.
- Copia de Ficha RUC estado ACTIVO y condición HABIDO y Recibo por Honorarios Profesionales.
- Cuenta de ahorros en el Banco de la Nación.
- Solicitud de Postulante Anexo N° 02
- Declaración Jurada, Anexo N° 03
- Declaración jurada de afiliación a régimen pensionario Anexo N° 04 (ONP o AFP) y/o Constancia de afiliación al régimen pensionario.
- Declaración Jurada, de Nepotismo Anexo N° 05.

Formación Académica.

- Título Profesional de Químico Farmacéutico
- Resolución de termino de SERUMS obligatorio.
- Colegiatura y habilitación profesional vigente.
- Experiencia 1 año en Entidades Públicas y/o privadas
- Capacitación en gestión en salud.
- Conocimiento del Idioma Quechua a nivel básico.
- Capacitación en computación e informática.
- Conocimiento en el manejo de plantas de oxígeno.
- Curriculum Vitae, debidamente documentado.
- Otros aspectos no contemplados o no previstos en las presentes Bases serán resueltos y/o



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

acordados por el Comité de Selección dentro de los parámetros normativos y/o permitidos

LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA.

- Solicitud Inscripción de postulante dirigida al Presidente de la Comisión Evaluadora según Anexo 01 (Ficha Única).
- Fotocopia Documento Nacional de Identidad D.N.I.
- Copia Ficha RUC estado ACTIVO y condición HABIDO y Recibo por Honorarios Profesionales.
- Cuenta de ahorros en el Banco de la Nación.
- Solicitud de Postulante Anexo N° 02
- Declaración Jurada, Anexo N° 03
- Declaración jurada de afiliación a régimen pensionario Anexo N° 04 (ONP o AFP) y/o Constancia de afiliación al régimen pensionario.
- Declaración Jurada, de Nepotismo Anexo N° 05

Formación Académica.

- Título Profesional Lic. en Obstetricia.
- Resolución de término de SERUMS obligatorio.
- Colegiatura y habilitación profesional vigente.
- Experiencia 1 año en entidades Públicas y/o privadas (Hospitales y Clínicas)
- Capacitación en gestión en salud.
- Conocimiento del Idioma Quechua a nivel básico.
- Capacitación en computación e informática.
- Curriculum Vitae, debidamente documentado.
- Otros aspectos no contemplados o no previstos en las presentes Bases serán resueltos y/o acordados por el Comité de Selección dentro de los parámetros normativos y/o permitidos

X. COMPONENTES DE EVALUACION:

Los resultados de la evaluación de Curriculum Vitae (File) y Experiencia Laboral serán publicados en el plazo indicado precedentemente precisando el orden de mérito, siendo de esta manera notificados y aptos para proceder a la adjudicación de la plaza y suscripción del contrato.

Al puntaje final que corresponda deberá agregarse la bonificación especial determinada por Ley para las personas con discapacidad, para el personal licenciado de las FF.AA. y Quintil de pobreza en el caso de los profesionales de la salud.

XI. SUSCRIPCION DEL CONTRATO:

- Dentro de la fecha señalada según Cronograma, la persona seleccionada deberá acercarse a la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano a suscribir el contrato.

EL POSTULANTE ADJUDICATARIO DEBERA ACERCARSE CON SU DNI EN ORIGINAL.

Toda presentación de documentos falsos y/o adulterados, así como la falsedad en las declaraciones juradas presentadas en el proceso de selección, será causal para la anulación inmediata del contrato; sin perjuicio de las acciones administrativas y judiciales a que hubiera lugar.

El Director Ejecutivo del Hospital Espinar, será el funcionario encargado de la suscripción de los contratos, así como de la rescisión o resolución de los mismos y de remitir las notificaciones relacionadas a dichos actos según requerimientos cursados por el Área Usuaria.

Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano del Hospital de Espinar

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 408 - HOSPITAL ESPINAR

Daniela Viquez Sandoval Chara
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN Y
DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

ANEXO N° 01

Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal bajo el D.L. 1057 – CAS

 PERÚ		Ministerio de Salud		Secretaría General		Oficina General de Gestión de Recursos Humanos		Foto actualizada
Ficha Única de Datos								
<p>La Oficina General de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" 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.</p>								
DATOS PERSONALES								
Apellidos y Nombres:								
DNI N°			RUC N°					
Fecha de nacimiento			/ /			Distrito-Provincia-Departamento		
Teléfono fijo						Teléfono móvil		
Correo electrónico personal						Grupo sanguíneo		
Enfermedades /Alergias								
En caso de emergencia contactar a:								
Parentesco						Teléfonos del contacto de emergencia		
Estado Civil () 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 () Malecón () Óvalo								
() Parque () Plaza () Carretera () Trocha () Otros: Especificar								
Nombre de la vía :						Número :		
						Interior :		
Tipo de Zona (marcar con "X")								
() Urbanización			() Pueblo Joven			() Unidad Vecinal		
() Asentamiento Humano			() Cooperativa			() Residencial		
() Grupo			() Caserío			() Fundo		
() Conjunto Habitacional			() Zona Industrial			() 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
		/ /						
		/ /						
		/ /						
		/ /						
		/ /						



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado	/ /	N° 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 (Magíster/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.			
IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado





“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

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"/>	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponde)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVS	
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 EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ORGANOS COLEGADOS	
SI	NO		
LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR			
Fecha	/ /	Firma:	
	Día Mes Año		



[Handwritten signature]



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

ANEXO N° 02

SOLICITUD POSTULANTE

Solicito: Inscripción para el Concurso de Contratación Administrativa de Servicios

SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ DE EVALUACION CONCURSO-CAS DE LA UNIDAD EJECUTORA 408 HOSPITAL DE ESPINAR



Yo, _____, Identificado (a) con DNI N° _____, y domiciliado en _____ ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, enterado (a) de los requisitos y condiciones que establece la Convocatoria N° 001-2023-G.R.CUSCO/DRSC/U.E.408/UGDPH, Concurso CAS de la Unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar, publicada en la página Web Institucional, solicito a usted mi inscripción y por lo tanto considerarme como postulante para la Plaza y/o Puesto de Trabajo: _____ para prestar los servicios en _____ PARA LO CUAL ADJUNTO a mi expediente sustentado con los requisitos que consta de: _____ Folios.



POR LO TANTO:

Solicito a usted aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

Espinar _____ de _____ el 202 ____

Firma del Solicitante

DNI N° _____

RUC N° _____

Teléf. _____

E-mail _____

Nota: Especificar Cargo y/o Puesto.



ANEXO N° 03

DECLARACION JURADA

El/La que suscribe, identificado/a con DNI N°, y con RUC N°, con domicilio en, con estado civil, natural del distrito de, Provincia, Departamento de

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No tener proceso pendiente ni haber sido sancionado con cese, destitución o despido, por falta administrativa disciplinaria o proceso de determinación de responsabilidades administrativas, así como no haber sido despedido debido al desempeño negligente o insuficiente del ejercicio de mis funciones (De haberlo sido: deberá adjuntar la documentación que acredite su rehabilitación)
2. No estar comprendido dentro de los impedimentos de la Ley 28175, es decir no recibir otra remuneración, retribución, emolumento o cualquier otro tipo de ingreso de Institución Pública.
3. No tener inhabilitación administrativa o judicial, para celebrar Contratos Administrativos de Servicios o ejercer cargo en Entidades del Estado.
4. No encontrarme apto al Nombramiento.
5. No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido –RNSDD.
6. No estar incurso en caso de Nepotismo, por tanto no tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la Gerencia Regional de Salud Moquegua que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección, según el marco de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, modificado por el Decreto Supremo N° 034-2005-PCM
7. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
8. No tener antecedentes policiales, penales y/o judiciales.
9. No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos.
10. Tener disponibilidad inmediata a la fecha prevista para la suscripción del contrato administrativo de servicios con la Gerencia Regional de Salud Moquegua convocante del presente proceso de contratación.
11. Tener buena salud física y mental.
12. Que soy responsable de la veracidad de todos los documentos e información que presento a efectos del proceso.

Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe falsedad alguna en mi participación en el presente proceso, me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal.

Espinar de del 2,02.....

FIRMA DEL DECLARANTE

Art. 32°-Ley 27444. En caso de comprobarse fraude, falsedad en la declaración o información presentada por el administrado, la entidad considerará no satisfecha la exigencia para todos sus efectos procediendo a comunicar el hecho para que se declare la nulidad del acto administrativo, imponga a quien haya empleado dicha declaración una multa, y de ser el caso comunicar al hecho al Ministerio Público para la denuncia correspondiente.



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

ANEXO N° 04

DECLARACION JURADA DE AFILIACION A REGIMEN PENSIONARIO

REGIMEN PENSIONARIO

Elijo el siguiente régimen de pensiones:

Sistema Nacional de Pensiones

Sistema Privado de Pensiones

Integra

Pro Futuro

Horizonte

Prima



CUSP N°

OTROS:

Espinar de de 202.....



.....
FIRMA

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

ANEXO N° 05
DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO

(Ley N° 26771, D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. N° 017-2002, D.S. N° 034-2005-PCM y Modificatoria por Ley N° 30294)

Yo
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°

Domicilio en

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

....., Prestando servicios en

Como,

Contrato bajo el régimen

Declaro bajo juramento SI NO

Tener vínculo familiar hasta el 4° grado de consanguinidad(1) 2° grado de afinidad(2), por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia con algún funcionario de dirección y/o personal que ejerza cargo de jefatura de un servicio y/o trabajo en la unidad Ejecutora 408 Hospital de Espinar.

En caso de haber consignado una respuesta afirmativa sírvase indicar los datos de la autoridad; funcionario; trabajador con el cual tiene vínculo familiar:

Apellidos y Nombres	Nivel Jerárquico o cargo	Servicio Unidad / Área	Grado de Consanguinidad	Fecha en que ejerce o ejerció el cargo (el trabajador)

Declaro que la información proporcionada se ajusta a la verdad y tengo conocimiento que si lo declaro es falso, estoy sujeto a las sanciones administrativas y penales establecidas por ley, siendo posible de cualquier fiscalización posterior que el Comando Conjunto considere pertinente.

.....
Firma

Fecha: Espinar; del 202__

- (1) **HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD:** Padres, abuelos, bisabuelos, hijos, nietos, hermanos, tíos (hermanos de padres), y primos hermanos.
- (2) **HASTA EL SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD:** Cónyuge (Por matrimonio, unión de hecho o convivencia), hijos solo de su cónyuge, abuelos paternos o maternos del cónyuge, yerno, nuera, suegros y cuñados.