**GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**

**PROCESO DE CONTRATACIÓN CAS N°** **029-2017-GRC**

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE

01 MÉDICO OCUPACIONAL

**I. GENERALIDADES**

**1. Objeto de la convocatoria**

Contratar los servicios de 01 MÉDICO OCUPACIONAL

**2. Dependencia, unidad orgánica y/o área solicitante**

OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

**3. Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación**

**OFICINA DE RECURSOS HUMANOS**

4. **Base Legal**

a. Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del régimen especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga derechos laborales.

b. Decreto Legislativo Nº 1057 - Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios. Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM - Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1057 y Decreto Supremo Nº 065-2011-PCM–Decreto Supremo que establece modificaciones al Reglamento del Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios

c. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 052-2016-SERVIR-PE

d. Decreto Supremo N° 024-2001-SA

e. Resolución Ministerial N° 004-2014/MINSA

f. Resolución Ministerial N° 021-2016/MINSA

g. Las demás disposiciones que regulen el Contrato Administrativo de Servicios

**II. PERFIL DEL PUESTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITOS MÍNIMOS** | **DETALLE** |
| Formación Académica  (Deberá cumplir en su totalidad como mínimo 01 de los 04 numerales) | Numeral 1:  (\*) Título profesional de Médico Cirujano y egresado de la Maestría en Salud Ocupacional o Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental o Maestría en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente; o, |
| Numeral 2:  (\*\*) Título profesional de Médico Cirujano y Diplomado en Salud Ocupacional de un mínimo de treinta y seis (36) créditos, expedido por una Escuela o Facultad de Medicina o de Ciencias de la Salud de una Universidad pública o privada; o, |
| Numeral 3:  Título profesional de Médico Cirujano y Segunda Especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente, o Medicina del Trabajo; o, |
| Numeral 4:  Título profesional de Médico Cirujano y Maestría (Grado Académico) en Salud Ocupacional o en Salud Ocupacional y Ambiental o en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente. |
| Experiencia Laboral  (Se contará desde la obtención del título profesional de médico cirujano) | - Un (01) año de experiencia como médico general.  - Un (01) año de experiencia específica como médico en medicina ocupacional, salud ocupacional, medicina del trabajo o similares.  (\*\*) Sólo para quienes cumplan con el numeral 2 de Formación académica, deberán contar con 2 años de experiencia adicional a la solicitada como experiencia específica. |
| Cursos / Estudios de especialización  - Curso deben de tener no menos de 12 horas de capacitación. Se podrán considerar acciones de capacitación desde 8 horas, si son organizadas por el ente rector correspondiente.  - Programa de especialización deben de tener no menos de 90 horas de capacitación. Los programas de especialización pueden ser de 80 horas, si son organizados por el ente rector correspondiente. | (\*) y (\*\*) Sólo para quienes cumplan con los numerales 1 ó 2 de Formación Académica, deberán acreditar la aprobación de un curso en Pruebas Funcionales en Salud Ocupacional (48 horas como mínimo), ofrecido por una Escuela o Facultad de Medicina o de Ciencias de la Salud o por el Instituto Nacional de Salud en coordinación con la Dirección General de Salud Ambiental. |
| Conocimientos para el Puesto  (Se sustentarán con Declaración Jurada y podrán ser evaluados durante el proceso de selección). | - Ley N° 29783 - Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y demás normas complementarias.  - Procesador de textos (Word-Básico)  - Hojas de cálculo Excel básico.  - Programa de Presentaciones básico. |
| Habilidades y Competencias | Compromiso Ético, Respeto a la vida, Trabajo en equipo, Liderazgo, Orientación al Servicio y Aprendizaje Continuo. |

**III. CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO**

Principales funciones a desarrollar:

1. Realizar actividad educativa a los trabajadores en temas relacionados a la seguridad y salud en el trabajo, según el Sistema Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

2. Detectar factores de riesgos ocupacionales y ambientales en salud, de acuerdo a la normatividad vigente.

3. Detectar daños según enfermedades profesionales relacionadas al trabajo y normativa vigente.

4. Atender la urgencia y emergencia de los trabajadores, de acuerdo a la normativa vigente.

5. Atender al trabajador con enfermedad profesional o enfermedad relacionada al trabajo de acuerdo a la normatividad vigente.

6. Administrar el servicio de salud en el trabajo de acuerdo a la normatividad vigente.

7. Diseñar, gestionar y ejecutar programas de intervención, de acuerdo a los riesgos ocupacionales.

8. Realizar la calificación y evaluación de la invalidez y de la incapacidad por accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

9. Efectuar investigaciones relacionadas con las condiciones del trabajo y medio ambiente y sus efectos en la salud individual y colectiva de los trabajadores.

10. Diseñar planes y estrategias educativas relacionadas a la salud ocupacional en el ámbito de los diferentes sectores económicos.

**IV. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO**

|  |  |
| --- | --- |
| CONDICIONES | DETALLE |
| Lugar de prestación del servicio | Gobierno Regional del Callao |
| Duración del contrato | Inicio: desde su suscripción  Término: 30.06.2017 |
| Remuneración mensual | S/. 5,500.00 (Cinco mil quinientos y 00/100 Soles).Incluyen los montos y afiliaciones de ley, así como toda deducción aplicable al trabajador. |
| Otras condiciones esenciales del contrato | Cuarenta (40) horas de trabajo efectivo semanal. |

**V. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ETAPAS DEL PROCESO** | **CRONOGRAMA** | **AREA RESPONSABLE** |
| 1 | Aprobación de la Convocatoria | 12/04/2017 | ORH |
| 2 | Publicación del proceso en el Servicio Nacional del Empleo | Del 17/04/2017 al 28/04/2017 | CE |
|  | **CONVOCATORIA** |  |  |
| 1 | Publicación de la convocatoria en Portal Institucional | Del 02 al 08/05/17 | CE |
| 2 | Presentación de la hoja de vida documentada vía físico en la Mesa de Partes en la siguiente dirección: Av. Elmer Faucett 3970 | (días hábiles) Del 02 al 08/05/2017 | OTDyA |
|  | **SELECCIÓN** |  |  |
| 1 | Evaluación de la hoja de vida y Publicación de resultados de la evaluación de la hoja de vida en el Portal Institucional | Fecha 09/05/2017 | CE |
| 2 | Otras evaluaciones:  Evaluación Técnica, Evaluación Psicológica  Lugar: Sede Institucional del Gobierno regional del Callao | Fecha 10/05/2017  Hora: de 09.00 a 11.00 | CE |
| 3 | Publicación de resultados de las otras evaluaciones en  Portal WEB | Fecha 10/05/2017 | CE |
| 4 | Entrevista  Lugar: Sede Institucional del Gobierno regional del Callao | 11/05/2017 | CE |
| 5 | Publicación de resultado final en Portal WEB | 11/05/2017 | CE |
|  | **SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO** |  |  |
| 1 | Suscripción del Contrato | 12/05/2017 | ORH |
| 2 | Registro del Contrato | Dentro de los 5 días hábiles después de la firma del contrato | ORH |

**Nota. Los documentos presentados por los postulantes no serán devueltos por ser parte del expediente de contratación CAS.**

**VI. DE LA ETAPA DE EVALUACIÓN**

Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán un máximo y un mínimo de puntos, distribuyéndose de esta manera:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUACIONES** | **PESO** | **PUNTAJE MÍNIMO** | **PUNTAJE MAXIMO** |
| **I EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA (documentado)** | **50%** |  |  |
| a. Formación Académica | 15% | **11** | 15 |
| b. Experiencia Laboral | 20% | **18** | 20 |
| c. Capacitación | 15% | **15** | 15 |
| **Puntaje Total de la Evaluación de la Hoja de Vida** |  | **44** | **50** |
| **OTRAS EVALUACIONES** | **20%** |  |  |
| 1. Evaluación Técnica | 20% | 16 | 20 |
| 1. Evaluación Psicológica |  |  |  |
| **Puntaje Total Otras Evaluaciones** |  | **16** | **20** |
| **ENTREVISTA** | **30%** | **-** | **30** |
| **PUNTAJE TOTAL** |  | **81** | **100** |

El puntaje mínimo aprobatorio será de 81 puntos.

Nota: Las etapas del concurso para la Contratación Administrativa de Servicios son cancelatorias, por lo que los resultados de cada etapa tendrán carácter eliminatorio a excepción de la entrevista, la evaluación psicológica tiene carácter referencial.

**1) Puntajes para la Evaluación del Currículum Vitae**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. FORMACIÓN ACADÉMICA** |  |  |  |
| TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO Y: | |  |  |
| (1) EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL O MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL O MAESTRÍA EN MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE; O, | | 11 | Ptos |
| (2) DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL DE UN MÍNIMO DE TREINTA Y SEIS (36) CRÉDITOS, EXPEDIDO POR UNA ESCUELA O FACULTAD DE MEDICINA O DE CIENCIAS DE LA SALUD DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA O PRIVADA; O, | | 12 | Ptos |
| (3) SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE, O MEDICINA DEL TRABAJO; O, | | 13 | Ptos |
| (4) MAESTRÍA (GRADO ACADÉMICO) EN SALUD OCUPACIONAL O EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL O EN MEDICINA OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE | | 14 | Ptos |
| EGRESADO DE DOCTORADO EN MEDICINA | | 15 | Ptos |
|  | | **15** | **Ptos** |
| **2. EXPERIENCIA LABORAL** | |  |  |
| MÍNIMO UN (01) AÑO DE EXPERIENCIA COMO MÉDICO GENERAL: | |  |  |
| DE UNO (01) A DOS (02) AÑOS DE EXPERIENCIA ESPECÍFICA COMO MÉDICO EN MEDICINA OCUPACIONAL, SALUD OCUPACIONAL, MEDICINA DEL TRABAJO O SIMILARES.  \*PARA QUIENES CUMPLAN CON EL NUMERAL 2 DE FORMACIÓN ACADÉMICA, DEBERÁN CONTAR DE DOS (02) A TRES (03) AÑOS DE EXPERIENCIA ADICIONAL A LA SOLICITADA COMO EXPERIENCIA ESPECÍFICA. | | 18 | Ptos |
| MÁS DE DOS (02) AÑOS DE EXPERIENCIA ESPECÍFICA COMO MÉDICO EN MEDICINA OCUPACIONAL, SALUD OCUPACIONAL, MEDICINA DEL TRABAJO O SIMILARES.  \*PARA QUIENES CUMPLAN CON EL NUMERAL 2 DE FORMACIÓN ACADÉMICA, DEBERÁN CONTAR DE MÁS DE TRES (03) AÑOS DE EXPERIENCIA ADICIONAL A LA SOLICITADA COMO EXPERIENCIA ESPECÍFICA. | | 20 | Ptos |
|  | | **20** | **Ptos** |
| **3. CAPACITACIÓN** | |  |  |
| PARA QUIENES CUMPLAN SOLAMENTE CON LOS NUMERALES 1 Ó 2 DE FORMACIÓN ACADÉMICA, DEBERÁN ACREDITAR LA APROBACIÓN DE UN CURSO EN PRUEBAS FUNCIONALES EN SALUD OCUPACIONAL (48 HORAS COMO MÍNIMO), OFRECIDO POR UNA ESCUELA O FACULTAD DE MEDICINA O DE CIENCIAS DE LA SALUD O POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD EN COORDINACIÓN CON LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL. | | 15 | Ptos |
|  | | **15** | **Ptos** |
| **B) FACTORES PARA EVALUACIÓN TÉCNICA**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | FACTORES DE EVALUACIÓN | TOTAL | | | EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO | 20 | Ptos | | **TOTAL** | **20** | **Ptos** | | | | |  |

**C) FACTORES PARA ENTREVISTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FACTORES DE EVALUACIÓN | TOTAL | | |
| COMPROMISO ÉTICO | 1 | 3 | 5 |
| RESPETO A LA VIDA | 1 | 3 | 5 |
| TRABAJO EN EQUIPO | 1 | 3 | 5 |
| LIDERAZGO | 1 | 3 | 5 |
| ORIENTACIÓN AL SERVICIO | 1 | 3 | 5 |
| APRENDIZAJE CONTINUO | 1 | 3 | 5 |
| **TOTAL** | **6** | **18** | **30** |

**NOTA DE LA ETAPA DE EVALUACIÓN**

1. Se otorgará una bonificación del diez por ciento (10%) sobre el puntaje obtenido en la etapa de entrevista, a los postulantes que hayan acreditado ser licenciados de las Fuerzas Armadas de conformidad con la Ley Nº 29248 y su Reglamento.

2. Se otorgará una bonificación por discapacidad del quince por ciento (15%) sobre el puntaje total, al postulante que acredite dicha condición de acuerdo a la Ley Nº 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad y su Reglamento.

**VIII. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

**1. Solicitud de Inscripción con Datos completos y firmados (Anexo 1)**

**2. De la presentación de la Hoja de Vida (Currículo Vitae) documentada:**

La información consignada en la Hoja de Vida tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización que lleve a cabo la entidad.

**3. Declaración Jurada contenida en el Anexo 2**

**4. La Ficha Resumen del currículo vitae llenada conforme al Formato (Anexo 3)**

El expediente de postulación será presentado en sobre cerrado en la Mesa de Partes institucional sita en la Av. Elmer Faucett 3970 Callao con la siguiente etiqueta:

Señores Gobierno Regional del Callao

Atentamente: Oficina de Recursos Humanos

Proceso de Contratación CAS Nº ……-2017-GRC

OBJETO DE LA CONVOCATORIA:…………………………………..

APELLIDOS Y NOMBRES:………………………………………………

DNI Nº:……………………………………………….

DOMICILIO:…………………………………………………………………………………

TELÉFONO FIJO/MÓVIL:…………………………………………………………………..

**IX. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO**

1. Declaratoria del proceso como desierto

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

1. Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
2. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos
3. Cuando habiendo cumplido con los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene los puntajes. mínimos en las etapas de evaluación del proceso.
4. Cancelación del proceso de selección

El proceso puede ser cancelado en alguno de los siguientes supuestos, sin que sea responsabilidad de la entidad:

1. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección
2. Por restricciones presupuestales.

Otras debidamente justificadas

**Anexo 01**

**Solicitud de Inscripción**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| YO |  | | | | | | | | | | |
| Identificado(a) con DNI | | |  | | | | |  | |  |  |  |
| Con Domicilio en: | | |  | | | | | Teléfono(s) | |  | |
| **Declaro mi voluntad** de postular al Proceso de Contratación CAS Nº ……-2017-GRC del Gobierno Regional del Callao, manifestando que cumplo con los requisitos que dicho puesto exige, así como mi sometimiento a las normas contenidas en las bases que declaro conocer.. | | | | | | | | | | | |
| Callao, de 2017 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  | | |  |  |  |  |  | |  |  | |
| FIRMA | | |  | DNI | | |  | |  |  | |

**ANEXO 2**

**MODELO DE DECLARACIÓN JURADA**

El que suscribe, …………………………………………………….. identificado con DNI Nº ……………………., RUC Nº ………………………… y con domicilio real en ……………..

………………………………………………………………. Estado Civil …………………….

Natural del Distrito de …………………………… Provincia de ……………………………..

Departamento de …………………………… **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

1. **No encontrarse sancionado en ninguna entidad pública, (de haberlo sido deberá adjuntar su rehabilitación).**

2. **No encontrarse inhabilitado o sancionado por su colegio profesional, si fuere en caso.**

3. **No tener inhabilitación para ejercer cargo en el Estado.**

4. **No tener inhabilitación vigente en el registro de Sanciones de Destitución y Despido.**

5. **No estar incurso en caso de Nepotismo.**

6. **No tener antecedentes policiales, judiciales ni penales**.

7. **No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.**

8. **No estar en el registro de deudores alimentarios morosos**.

9. De compromiso de disponibilidad inmediata a la suscripción del contrato.

10. Gozar de Buena Salud

Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente declaración jurada.

Callao, ………. de ………………del ……….

……………………………….

FIRMA DEL DECLARANTE

**ANEXO Nº 03**

**FICHA RESUMEN CURRICULUM VITAE**

|  |
| --- |
| Currículum Vitae FOTO |

1. **DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

##### LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

/ /

Lugar día/mes/año

NACIONALIDAD: ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RUC:

DIRECCIÓN ACTUAL:

Avenida/Calle Nº Dpto.

CIUDAD: DISTRITO:

### TELÉFONO: CELULAR:

### CORREO ELECTRÓNICO:

FOLIO

### COLEGIO PROFESIONAL Nº:

FOLIO

NO

SI

### HABILITACION DE COLEGIATURA:

**II. FORMACIÓN ACADÉMICA**

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO**  (1) | **ESPECIALIDAD** | **UNIVERSIDAD, INSTITUTO O COLEGIO** | **CIUDAD / PAÍS** | **ESTUDIOS REALIZADOS**  **DESDE / HASTA**  **(MES/AÑO)** | **FECHA DE EXTENSIÓN DEL TÍTULO**(2) **(MES/AÑO)** | **INDICAR Nº DE FOLIO (PÁGINA) DE L DOCUMENTO DE SUSTENTO** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |  |
| Título Universitario |  |  |  |  |  |  |
| Bachiller Universitario |  |  |  |  |  |  |
| Titulo Técnico |  |  |  |  |  |  |
| Estudios Técnicos o Universitarios |  |  |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |  |  |

**Nota:**

(1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen o de lo contrario suprimir el campo.

(2) Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios.

(3) Agregar celdas de considerarlo necesario.

**OTROS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **ESPECIALIDAD** | **INSTITUCIÓN** | **CIUDAD / PAÍS** | **ESTUDIOS REALIZADOS**  **DESDE / HASTA**  **MES/AÑO**  **(TOTAL HORAS)** | **FECHA DE EXTENSIÓN DEL TÍTULO (1)****(MES/AÑO)** | **INDICAR Nº DE FOLIO (PÁGINA) DE L DOCUMENTO DE SUSTENTO** |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |  |
| Cursos/Seminarios |  |  |  |  |  |  |
| Capacitación |  |  |  |  |  |  |
| Diplomados |  |  |  |  |  |  |
| Informática (2) |  |  |  |  |  |  |
| Idiomas (3) |  |  |  |  |  |  |

**Nota:**

1. Dejar en blanco aquellos que no apliquen o de lo contrario suprimir el campo.
2. Agregar celdas de considerarlo necesario.

* Especificar programas o aplicativos que domina:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Especificar los Idiomas que domina:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**III. EXPERIENCIA LABORAL**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, sólo la experiencia que esté involucrada con el servicio al cual se postula y en orden cronológico.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** | **FECHA DE INICIO**  **(MES/ AÑO)** | **FECHA DE CULMINACIÓN**  **(MES/ AÑO)** | **TIEMPO EN EL CARGO**  **(AÑOS Y MESES)** | **INDICAR Nº DE FOLIO (PÁGINA) DE L DOCUMENTO DE SUSTENTO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** | **FECHA DE INICIO**  **(MES/ AÑO)** | **FECHA DE CULMINACIÓN**  **(MES/ AÑO)** | **TIEMPO EN EL CARGO**  **(AÑOS Y MESES)** | **INDICAR Nº DE FOLIO (PÁGINA) DE L DOCUMENTO DE SUSTENTO** |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** | **FECHA DE INICIO**  **(MES/ AÑO)** | **FECHA DE CULMINACIÓN**  **(MES/ AÑO)** | **TIEMPO EN EL CARGO**  **(AÑOS Y MESES)** | **INDICAR Nº DE FOLIO (PÁGINA) DE L DOCUMENTO DE SUSTENTO** |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | | |

**Nota:** Agregar cuadro de ser necesario.

**IV.** DATOS ADICIONALES

1. Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas y cuenta con la certificación correspondiente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Marque con (X) e indique el folio (página) del documento que lo acredita | | |
| SI | NO | Nº Folio |
|  |  |  |

1. Usted es una persona con Discapacidad y cuenta con la certificación correspondiente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Marque con (X) e indique el folio (página) del documento que lo acredita | | |
| SI | NO | Nº Folio |
|  |  |  |

El presente documento tiene carácter de Declaración Jurada, todos los consignados se ajustan a la verdad y me someto a los controles posteriores que implemente el Gobierno Regional del Callao.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

**DNI.**