**ANEXO N° 02**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, (..........................................................................................................) identificado con DNI N° (..........................), declaro bajo juramento:

1. No estar inhabilitado administrativa y/o judicialmente para el ejercicio de la profesión o para contratar con el Estado (de haber sido inhabilitado adjuntar el documento de rehabilitación).
2. No tener Antecedentes Penales ni Judiciales.
3. No tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con alguna autoridad, sea funcionario de confianza o directivo, asesor o servidor del Hospital Santa Rosa, ni con persona alguna que tenga la potestad de participar o influenciar en la toma de decisión administrativa de contratación o de nombramiento de personal, de manera directa o indirecta, aun cuando éstos hayan cesado en sus funciones en los últimos dos años.
4. No percibir otros ingresos por parte del Estado al momento de suscribir contrato, salvo función docente o dietas por participación en un directorio.
5. Gozar de buena salud: Acepto pasar por los exámenes correspondientes, los cuales serán condicionantes para la firma del contrato.
6. Tener disponibilidad inmediata para suscribir e iniciar el contrato en caso de ser seleccionado.
7. No tener inhabilitación vigente en el Registro Nacional de Sanciones, Destitución y Despido – RNSDD.
8. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional, de corresponder.
9. No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento del Hospital Santa Rosa, por lo que firmo la presente declaración, en concordancia a lo establecido en el Artículo 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Atentamente

--------------------------------------

(FIRMA DEL POSTULANTE) (HUELLA DIGITAL)

Apellidos y Nombres: …………………………………………………………………………………………………………

Proceso de Selección: CAS N°…………………………………………………………………………………………………

DNI y/o CDE:………………………………………………………………………………………………………………………….

Fecha: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Nota:** El presente formato es de llenado **OBLIGATORIO BAJO RESPONSABILIDAD DE SER DESCALIFICADO** (deberá de ser llenado con letra legible, sin enmendaduras, colocar huella digital, colocar fecha y ser firmado), para todos los postulantes que se registran en Sistema de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios (CAS) o al Concurso Abierto para Contratos por Reemplazo de Plazas Vacantes D.L. N° 276.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título ..I.. del Código Penal, acorde al artículo 34° del Te..to Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444