



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA

BASES

CONCURSO PUBLICO.

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

CALLE: MUNICIPALIDAD S/N. HUAYTARÁ-HUANCVELICA.

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANA DENTISTA
C.O.P. 17235

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Gladys Chavez De Sarmiento J

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano

2019

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara

Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAL. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

CAPITULO I

I. GENERALIDADES

1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : Gerencia Sub Regional Huaytará.
RUC N° : 20494643473.

2. DOMICILIO LEGAL

Calle Municipalidad S/N, Huaytará, Huaytará, Huancavelica.

3. OBJETO DE LA CONVOCATORIA.

Contratar Personal Profesional de la Salud (Asistenciales), Personal Profesional (Administrativos), y Personal Técnico (Administrativo), para cubrir las plazas previstas en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP), aprobada mediante Ordenanza Regional N° 409-GOB.REG.HVCA/CR de fecha 14 de noviembre de 2018. Por el periodo de 03 meses (Agosto - Octubre).

4. DEPENDENCIA A CARGO DE LA CONTRATACION

El órgano encargado es el Comité Especial Permanente de Proceso de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios - CAS para el Año Fiscal 2019 de la Unidad Operativa Red de Salud - Huaytará, Aprobado mediante Resolución Gerencial Sub Regional N° 185-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H/G.

5. COSTO TOTAL DEL SERVICIO

El Costo Total del Servicio objeto de la presente convocatoria se encuentra detallado en el Capítulo III de la presente Base, los cuales incluyen los impuestos de Ley.

6. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Rubro : Recursos Ordinarios

CRITERIO DE CALIFICACION DEL PERSONAL

- Formación General – Perfil para el cargo que postula.
- Capacitación Específica al cargo.
- Experiencia Laboral al cargo que postula.
- Entrevista Personal.

BASE LEGAL.

- ✓ Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- ✓ Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- ✓ Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- ✓ Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- ✓ Ley N° 29849, Ley que Establece la Eliminación Progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo N°1057 y otorga Derechos Laborales.
- ✓ Ley N° 30879, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019.
- ✓ D.L. N° 1057, que aprueba el Régimen Especial de contratación Administrativa de Servicios.
- ✓ Decreto Supremo N° 075-2008-PCM- Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057. Modificado por Decreto Supremo N° 065-2011-PCM
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 141-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Ley N° 26771 de Nepotismo y su reglamento.

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará
Abog. Elmer A. Quispe León
C.A.T. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Área de Desarrollo Humano

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Unidad Operativa Red de Salud Huaytará
Gladys Chavez De Sarmiento



- ✓ Ley N° 27050 Ley General de la Persona con Discapacidad.
- ✓ Norma sobre el registro de Sanciones de Destitución y Despido, creado por D.S. N° 089-2006-PCM.
- ✓ Ley N° 27815 Código de Ética de la Función Pública
- ✓ D.S. N° 054-99-EF Texto Único Ordenado de la Ley del Impuesto a la Renta.

Las referidas normas incluyen sus respectivas disposiciones ampliatorias, modificatorias y conexas, de ser el caso.

CAPITULO II

2.1 CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO.

CONVOCATORIA		
1	Publicación en el Ministerio de Trabajo - HVCA.	A partir del 12 de julio de 2019.
2	Publicación de Convocatoria en el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica	A partir del 12 de julio de 2019.
3	Presentación curricular por mesa de partes de la Gerencia Sub Regional Huaytará Calle Municipalidad S/N – Huaytará	26 de julio de 2019. Hora: de 08:00 a.m. a 01:00 p.m. y de 02:30 p.m. a 05:30 p.m.
SELECCIÓN		
4	Evaluación Curricular	31 de julio de 2019.
5	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular	31 de julio de 2019. A partir de las 5:30 p.m.
6	Presentación de Recursos de Reconsideración	01 de agosto de 2019 de 08:00 a.m. a 09:00 a.m.
7	Absolución de Recursos de Reconsideración	01 de agosto de 2019 de 09:30 a.m. a 10:30 a.m.
8	Publicación del cuadro de Méritos Final de Evaluación curricular	01 de agosto de 2019 de 10:30 a.m.
9	Entrevista Personal Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	01 de agosto de 2019 Hora: 11:00 a.m.
10	Publicación de Cuadro de Méritos Final	01 de agosto de 2019 Hora: 5:30 p.m.
11	Adjudicación de Plazas: Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	01 de agosto de 2019 5:30 p.m.
INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO		
12	Suscripción del Contrato	02 de agosto de 2019
13	Inicio de labores del Personal: Asistencial y Administrativo.	02 de agosto de 2019

Nota: Los que no cumplan los requisitos mínimos según los perfiles no podrán participar y/o serán descalificados en el presente proceso.

Shirley Iv. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.C.P. 17455

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Rod de Salud Huaytará
Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAJ. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



2.2 DOCUMENTACION A PRESENTAR:

Lugar y horario de presentación de propuesta:

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Duración del contrato:	- Inicio : 02 de agosto de 2019 - Término : 31 de octubre de 2019
Otras condiciones esenciales del contrato	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No tener impedimentos para contratar con el Estado. ✓ No encontrarse registrado en el Cuaderno de Deudores Alimentistas. ✓ No tener sanción por falta administrativa vigente. ✓ No tener Antecedentes Judiciales, Policiales, Penales ni proceso(s) judicial(es) por alimentos u otros. ✓ El personal asistencial, no debe haber renunciado en el mes de julio del 2019 a un puesto o establecimiento de salud.

Forma de Presentación y Contenido de Propuestas:

El Currículum Vitae se presentará en sobre cerrado, en cuya parte externa deberá indicar claramente el nombre completo del postulante, código de la plaza y nombre del cargo al que postula. Este documento deberá de presentarse con solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará, con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS - 2019, conforme al siguiente detalle:

Señores:
GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Comité de Evaluación 2019.
PROCESO CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

Apellidos y Nombre Del Postulante:.....

Código de la Plaza: Nombre del Cargo al que postula:.....

Folios: Firma:

Los formatos/anexos podrán ser llenados por cualquier medio incluido el manual, debiendo llevar la rúbrica del postulante en todos y cada uno de ellos.

2.2.1 CONTENIDO DEL SOBRE:

Los documentos deberán presentarse en copias legibles debidamente foliados y fedateados por el fedatario de la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará, con excepción del título profesional, bachiller y/o técnico, y el DNI, estos deben ser legalizados por la Institución de Origen o ante Notario Público; estos documentos no deben tener más de tres (03) meses de antigüedad a la fecha de la presentación (26/07/2019).

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANA DENTISTA
C.O.P. 11235

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytará
Gledys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Área de Desarrollo Humano

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAI. N° 5045
ONCINA ASESORIA JURIDICA



SOBRE CURRICULAR:

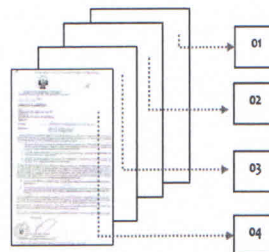
Documentación de presentación obligatoria:

- a) Solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará (con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS-2019), comunicando el deseo de participar en la presente Convocatoria, nombre completo del postulante, código de la plaza y nombre del cargo al que postula.
- b) Copia del Documento de Identidad Nacional legalizado por notario, no debiendo tener una antigüedad mayor a tres (03) meses a la fecha de la presentación (26/07/2019).
- c) Copia del Título Profesional/Bachiller y/o Título Técnico legalizado por notario público o la Institución de Origen, no debiendo tener una antigüedad mayor a tres (03) meses a la fecha de la presentación (26/07/2019).
- d) Resolución de término de SERUMS obligatorio (profesionales de Salud).
- e) Constancia de Habilidad Profesional vigente en original de los profesionales de la salud (indispensable).
- f) Declaración Jurada de los Datos del Postulante. (Anexo N° 1).
- g) Carta de Declaración Jurada de Cumplimiento de prestaciones, para el **personal Asistencial** no deben Haber Renunciado en el mes de julio del 2019 a un Puesto y/o Centro de Salud, en La Unidad Operativa Red De Salud Huaytará, (Anexo N°02).
- h) Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa ni judicialmente para contratar con el Estado. (Anexo N°03).
- i) Ley N° 26771 - Declaración Jurada sobre Prohibición de Doble Percepción. (Anexo N°04).
- j) Declaración Jurada en la que el postulante declare no tener parentesco con los miembros del Comité de Evaluación del Contrato Administrativo de Servicios N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP, y/o funcionarios de la institución de acuerdo a Normas. (Anexo N°05).
- k) Declaración Jurada de contar con Buena Salud Físico Mental. (Anexo N° 06).
- l) Declaración Jurada de No estar Registrado en el REDAM. (Anexo N° 07).
- m) Declaración Jurada de Persona Licenciada de las Fuerzas Armadas y/o Persona Con Discapacidad. (Anexo 08).
- n) Currículum Vitae debidamente sustentado y documentado. (Anexo N°09).
- o) Ficha de Datos del Trabajador (Postulante). (Anexo N°10)

NOTA:

- 1) Todos los anexos deberán ser llenados de acuerdo al modelo adjunto, caso contrario serán causal de descalificación;
- 2) Toda la documentación presentada incluido el Currículum deberá estar **FOLIADO (Enumerar literal y numéricamente, de manera ascendente iniciando de la última página además con huella en cada folio) Y ORDENADO, caso contrario no serán considerados para la evaluación curricular.**

Modelo de Foliación:



Shirley M. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O. 17235

- 3) Los informes técnicos de los jefes de EE.SS., Micro Red, Red, que contengan observaciones, sanciones, amonestaciones, deudas u otros antecedentes negativos del postulante, serán recepcionados y tomados en cuenta por el comité en la fase de la evaluación curricular los cuales serán publicados en esta misma fase.
- 4) Los postulantes con discapacidad que presenten el Certificado de CONADIS tendrán la Bonificación del 15% del puntaje final obtenido.

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAI. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytará
Gladys Cruz De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MARRIQUE
Especialista Administrativo
Área de Desarrollo Humano



2.3 EVALUACIÓN

El proceso de evaluación se realizará en Dos (02) etapas que son:

- La Evaluación Curricular
- Entrevista Personal.

Los máximos puntajes asignados en cada evaluación, es la siguiente:

- Evaluación Curricular : 60 puntos de acuerdo a los factores de evaluación
- Evaluación de Entrevista Personal : 40 puntos.

Evaluación del Sobre Curricular:

- Formación Profesional y Capacitación.
- Experiencia Laboral.
- Méritos y/o Funciones Asignados.

Se verificará que el sobre curricular cumpla con los requerimientos mínimos contenidos en el Capítulo III de la presente base, de observarse documentos no fedateados ni foliados como lo indica el punto 2.2.1 de la presente base, no será evaluado.

EVALUACIÓN DEL POSTULANTE:

La evaluación del Postulante es objetiva, relacionada con las necesidades del servicio, la misma que incluye 02 etapas:

1RA. ETAPA : EVALUACIÓN CURRICULAR Y DE COMPETENCIA

En esta etapa se evaluará el cumplimiento del perfil solicitado por parte del postulante. Para dicho efecto se tomará en cuenta únicamente aquello que se encuentre debidamente acreditado.

DEBERA TOMARSE EN CUENTA LO SIGUIENTE:

1. Se considerará admitido a todo postulante que **acredite cumplir con el perfil** solicitado y podrán pasar a la etapa de entrevista personal.
2. **Será descalificado aquel postulante:**
 - Que omita con presentar alguno de los documentos que debe contener el sobre curricular.
 - Que presente documentos dudoso
 - Que no cumpla con los requisitos solicitados.
3. Para efectos de las acreditaciones de capacitación se tomará en cuenta Especializaciones, Diplomados, Cursos y Certificados; para efectos de experiencia laboral se tomará en cuenta Contratos Administrativos de Servicios (CAS) y Resoluciones 276, 728 de acuerdo al cargo al que postula.

2DA. ETAPA : ENTREVISTA PERSONAL

En la presente etapa se realizará la entrevista de acuerdo a la fecha establecida en el cronograma:

En dicha entrevista se considerará los criterios como son: **ASPECTO PERSONAL Y PUNTUALIDAD - SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EMOCIONAL (10 puntos), CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL (15 puntos), CAPACIDAD DE PERSUASION Y TOMA DE DECISIONES (05 puntos) y CONOCIMIENTO DE CULTURA GENERAL (10 puntos).**

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytará

Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAL. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 17235



De conformidad con la normativa del Decreto Legislativo N° 1057 y su Reglamento, no existe la posibilidad de cuestionar los resultados de evaluación de esta etapa.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Los resultados parciales y finales se publicarán en los murales informativos de la Gerencia Sub Regional de Huaytará.

En caso de empate se priorizará al que tenga mayor experiencia laboral, de persistir el empate se priorizará al que tenga mayor antigüedad del título.

2.4 DE LA SUSCRIPCION DEL CONTRATO

La adjudicación de las plazas se realizará de acuerdo al cronograma, siendo que la SUSCRIPCION DEL CONTRATO se realizará el 02 de agosto del presente, y el INICIO DE LABORES para el Personal Profesionales de la Salud (Asistenciales y Administrativos), Personal Técnico en Salud (Asistenciales y Administrativos) y Personal de Mantenimiento a partir del 02 de agosto de 2019 al 31 de octubre de 2019.

El ganador deberá tomar posesión del cargo desde el día de inicio de labores (02 de agosto de 2019), vencido dicho plazo, se procederá a notificar al que quedó elegible en segundo puesto en orden de mérito para que tome posesión del cargo, de la misma manera, si no se hiciera presente el segundo se procederá a notificar a los que se encuentran en el cuadro de méritos en orden de prelación, hasta que se culmine con el cuadro de mérito, luego se declarará desierta la plaza, para realizar nueva convocatoria.

NOTA: PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL EL POSTULANTE GANADOR QUE RENUNCIE A SU PLAZA, LA CUAL ESTARÁ REGISTRADA EN LA BASE DE DATOS, QUEDARÁ IMPEDIDO DE VOLVER A POSTULAR EN ESTA INSTITUCIÓN EN CONVOCATORIAS POSTERIORES EN EL PRESENTE AÑO FISCAL.

**CAPITULO III
PLAZAS VACANTES PARA PROCESO DE CONVOCATORIA - 2019**

PROFESIONAL DE LA SALUD (ASISTENCIAL) PARA LA RED DE SALUD DE HUAYTARÁ									
PROCESO CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP									
N° PLAZA	COD. DE PLAZA	NOMBRE DEL CARGO AL QUE POSTULA	AREA LABORAL	CANT.	MENSUAL SI.	FTE. FTO.	SEC. FUN.	PROGRAMA	PLAZO DEL CONTRATO
01	OBST-01	OBSTETRA	P.S. SAN FELIPE	01	S/. 2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	0208/19 AL 31/10/19

- ✓ **CONDICIONES DE TRABAJO.**
 - ✓ Las condiciones de trabajo, se rige de acuerdo a la normatividad CAS vigente y sus modificatorias.
 - El personal Asistencial y Administrativo será durante el periodo del contrato, según el logro de los resultados esperados en las metas e indicadores de salud. Según Directiva de Evaluación del Desempeño Laboral del Recurso Humano de la Red, el incumplimiento en el logro de los resultados y/o inadecuado desempeño laboral demandará rescindir el contrato de ser necesario.
- ✓ **VIGENCIA DEL CONTRATO**
La suscripción del contrato será del 02 de agosto al 31 de octubre de 2019.
- ✓ **FORMA DE PAGO**
Al finalizar el mes trabajado, previa presentación de informes de actividades.

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 17235

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Área de Desarrollo Humano

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Abog. Eimer A. Quispe Leon
CAJ. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Unidad Operativa Red de Salud Huaytará
Gladys Chavez De Sarmiento



FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO

PERFIL DEL PUESTO		OBST-01
IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO		
UNIDAD ORGÁNICA:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
DENOMINACIÓN:	OBSTETRA	
NOMBRE DEL PUESTO:	OBSTETRA	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
MISIÓN DEL PUESTO		
BRINDAR ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE SALUD EN EL ÁMBITO DE SUS COMPETENCIAS A LA MUJER, FAMILIA Y LA COMUNIDAD ENMARCADAS EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS, SIS, FED Y OTROS. DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNA PERINATAL		
FUNCIONES DEL PUESTO		
1	BRINDAR ATENCIÓN GENERAL A LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y MENOPAUSIA; TENIENDO EN CUENTA EL ENFOQUE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD.	
2	ELABORAR LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN GENERAL A LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, REGISTRAR Y FIRMAR LAS ATENCIONES, EVOLUCIONES, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DE CONTROL OBSTÉTRICO Y OTROS DOCUMENTOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LAS NORMAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN.	
3	BRINDAR ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA, ATENCIÓN DEL PARTO, MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES; ATENCIÓN DEL PUERPERIO, CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; SEGÚN NORMA VIGENTE.	
4	EFECTUAR LA CAPTACION OPORTUNA DE GESTANTES, DENTRO DEL I TRIMESTRE DE GESTACIÓN.	
5	DIAGNOSTICAR, ESTABILIZAR Y REFERIR OPORTUNAMENTE, A LA PACIENTE, ANTE UNA EMERGENCIA OBSTETRICA A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD	
6	CONTRIBUIR EN LA REDUCCION DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES, EN COORDINACION CON ACTORES SOCIALES.	
7	CONTRIBUIR EN LA REDUCCION DE CASOS DE CANCER, A TRAVES DEL TAMIZAJE DE PAPANICOLAOU, IVAA Y EXAMEN DE MAMAS.	
8	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CONVENIO DE GESTION, SIS Y FED AL 100 %	
9	BRINDAR ATENCIÓN DEL PARTO INMINENTE NORMAL.	
10	PLANIFICAR, PROGRAMAR, COORDINAR Y EJECUTAR TODAS LAS ACTIVIDADES DE OBSTETRICIA.	
11	SENSIBILIZAR SOBRE LOS PARTOS INSTITUCIONALES CON ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS.	
12	LOGRAR PAREJAS PROTEGIDAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	
13	BRINDAR LOS PAQUETES COMPLETOS DE ACUERDOS A LAS ETAPAS DE VIDA.	
14	BRINDAR LA CONSEJERIA Y TRATAMIENTO DE LAS ITS, DE ACUERDO AL MANEJO SINDROMICO.	
15	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, PARA SU ENVIÓ A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.	
16	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR, ACORDE A LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

COORDINACIONES EXTERNAS

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara

Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara

Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAI. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



FORMACIÓN ACADÉMICA

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.		B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?	
	INCOMPLETA	COMPLETA		OBSTETRA	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

CONOCIMIENTOS

A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):

- CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA.
- CONOCIMIENTO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA (NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO, ADULTO JOVEN Y ADULTO MAYOR).
- CONOCIMIENTO EN LOS INDICADORES DE LOS CONVENIOS DE GESTION, FED Y SIS.
- CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL.

B.) PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.

NOTA: CADA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DEBEN TENER NO MENOS DE 24 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 90 HORAS. (VIGENCIA DE LOS ULTIMOS 05 AÑOS)

INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:

- CERTIFICADOS EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES.
- CAPACITACION EN ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA, EN ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE Y PLANIFICACION FAMILIAR.
- ACREDITAR DIPLOMADO Y/O CURSO EN SALUD COMUNITARIA.

C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA).

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X						
POWER POINT		X						

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.
EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276,728 (INCLUYENDO SERUMS).



EXPERIENCIA ESPECIFICA

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

PROFESIONAL AUXILIAR O ASISTENTE ANALISTA/ ESPECIALISTA SUPERVISOR/ COORDINADOR JEFE DE AREA O DPTO GERENTE ODIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

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 O PRIVADO**:

SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

HABILIDADES O COMPETENCIAS

- CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
- CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
- CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
- COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
- CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
- ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 17235

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Glaedy Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara

Lic. Edu. MARINO C. MEJA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Área de Desarrollo Humano

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara

Abog. Eimer A. Quspe Leon
CAI. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



EVALUACION CURRICULAR (60 PTOS)

CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES DE LA SALUD CON FUNCIÓN ASISTENCIAL	PUNTAJE MAXIMO
EVALUACION CURRICULAR	60
1. INFORMACIÓN:	25
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	20
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACION	2
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ESPECIALIZACIÓN	1
CERTIFICADO DE MAESTRÍA CON TÍTULO	3
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE MAESTRÍA	1.5
2. EXPERIENCIA LABORAL	20
RESOLUCIÓN DE TÉRMINOS DE SERUMS / 1 AÑO EXPERIENCIA.	5
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (3 PUNTOS POR AÑO)	15
3. CAPACITACIÓN	12
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (2 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 90 HORAS EN CAPACITACIÓN).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 24 HORAS EN CAPACITACIÓN Y/O DE DOS DÍAS A MÁS).	6
4. RECONOCIMIENTOS:	3
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/FELICITACIONES (1 PUNTO C/U MÁX. 3)	3

ENTREVISTA PERSONAL (40 PTOS)

LA PRESENTE ETAPA ES UN COMPLEMENTO DE LA ETAPA ANTERIOR, EXPLORÁNDOSE EN EL POSTULANTE SU PERSONALIDAD, CONOCIMIENTOS GENERALES, EXPERIENCIA EN EL CARGO, RASGOS DE CARÁCTER, ASPIRACIONES E INTERÉS ENTRE OTROS, ASPECTOS.

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANA DENTISTA
C.U.P. 17200

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Área de Desarrollo Humano

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAI. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



FORMULARIO DE EVALUACION PARA LA ENTREVISTA PERSONAL

APELLIDOS Y NOMBRES :

CARGO AL CUAL POSTULA:

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ - UNIDAD EJECUTORA 007 GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ

FECHA:/...../.....

FACTORES A EVALUAR	TOTAL	
I. ASPECTO PERSONAL Y PUNTUALIDAD - SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EMOCIONAL MIDE LA PRESENCIA, LA NATURALEZA EN EL VESTIR Y LA LIMPIEZA DEL POSTULANTE. MIDE EL GRADO DE SEGURIDAD Y SERENIDAD DEL POSTULANTE PARA EXPRESAR SUS IDEAS, TAMBIÉN EL APLOMO Y CIRCUNSPECCIÓN PARA ADAPTARSE A DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS. MODALES.	10 MÁX.	
II. CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL MIDE EL GRADO DE CAPACITACIÓN QUE HA DESARROLLADO EL SERVIDOR DE ACUERDO AL CARGO A DESEMPEÑAR EN EL ÁREA REQUERIDA, ASIMISMO LA EXPERIENCIA LABORAL PONDRÁ EN CONOCIMIENTO QUE TIEMPO HA DESEMPEÑADO EN CARGO SIMILARES CON ANTERIORIDAD.	15 MÁX.	
III. CAPACIDAD DE PERSUACION Y TOMA DE DECISIONES MIDE LA HABILIDAD, EXPRESIÓN ORAL Y PERSUASIÓN DEL POSTULANTE PARA EMITIR ARGUMENTOS VÁLIDOS, A FIN DE LOGRAR LA ACEPTACIÓN DE SUS IDEAS, CON EL FIN DE CONSEGUIR RESULTADOS OBJETIVOS.	5 MÁX.	
IV. CONOCIMIENTO DE CULTURA GENERAL MIDE LA MAGNITUD DE LOS CONOCIMIENTOS DEL POSTULANTE RELACIONADOS CON EL CARGO, LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD CULTURA GENERAL.	10 MÁX.	
PUNTAJE TOTAL	40	

[Signature]
 Sr. M. Espinoza Castro
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 17205

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
 Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
[Signature]
 Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
 Gerencia Sub Regional Huaytara
[Signature]
 Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
 Especialista Administrativo II
 Area de Desarrollo Humano

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
 Gerencia Sub Regional Huaytara
[Signature]
 Abog. Elmer A. Quispe Leon
 CAI. N° 5045
 OFICINA ASESORIA JURIDICA



ANEXO N° 01
CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-
CEP

PRESENTE.-

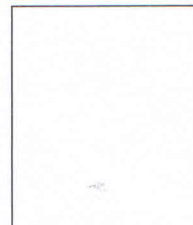
DE MI CONSIDERACIÓN:
EL SUSCRITO, **DECLARO BAJO JURAMENTO** QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE SUJETA A LA VERDAD:

APELLIDO PATERNO			
APELLIDO MATERNO			
NOMBRES			
DOMICILIO LEGAL			
ANEXO:	DISTRITO:	PROV.:	DEP.:
FECHA DE NACIMIENTO			
N° DE DNI			
N° DE RUC			
TELÉFONO FIJO			
TELÉFONO MÓVIL			
CORREO ELECTRÓNICO			

HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O. 17235

_____ FIRMA



HUELLA DIGITAL

GOBIERNO REGIONAL HUANCANELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Elmer A. Quispe Leon
Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAI. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

GOBIERNO REGIONAL HUANCANELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Marino C. Mejía Manrique
Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano

DNI N°: _____

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Gladya Chavez de Sarmiento
Gladya Chavez de Sarmiento



ANEXO N° 02
CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES EN LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

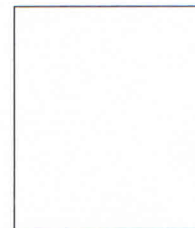
DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

- QUE CUMPLIRÉ CON LAS PRESTACIONES A MI CARGO RELACIONADAS AL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN.
- NO HABER RENUNCIADO EN EL MES DE JULIO DEL 2019, A UN PUESTO Y/O CENTRO DE SALUD EN LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ. (**PERSONAL ASISTENCIAL**).

HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

FIRMA
DNI N°: _____



HUELLA DIGITAL

[Handwritten Signature]
SILVIA M. ESPINOZA CASTRO
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 17200

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
[Handwritten Signature]
Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
[Handwritten Signature]
Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
[Handwritten Signature]
Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAL. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



ANEXO N° 03
CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON
DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____
_____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO
JURAMENTO:

- QUE NO ME ENCUENTRO INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA CONTRATAR
CON EL ESTADO.
➤ QUE NO ME ENCUENTRO IMPEDIDO PARA SER POSTULANTE.

HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

FIRMA



HUELLA
DIGITAL

DNI N°: _____

Shirley N. Espinoza Castro
DENTISTA
17285

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Gladys Chávez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCANELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara

Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAL N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

GOBIERNO REGIONAL HUANCANELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano



ANEXO Nº 04

LEY Nº 26771 - DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIÓN DE DOBLE PERCEPCIÓN

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 004-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON DNI Nº _____, CON RUC Nº _____, DOMICILIADO EN _____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

- QUE NO ME ENCUENTRO INMERSO DENTRO DE LA INCOMPATIBILIDAD DE INGRESOS ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO Nº 7 DEL DECRETO DE URGENCIA Nº 020-2006 "NORMAS DE AUSTERIDAD Y RACIONALIDAD EN EL GASTO PÚBLICO", EL CUAL PRECISA QUE EN EL SECTOR PÚBLICO NO SE PODRÁ PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN Y PENSIÓN, INCLUIDOS HONORARIOS POR SERVICIOS NO PERSONALES.
LAS CONSULTORÍAS, SALVO POR FUNCIÓN DOCENTE Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN DE UNO (1) DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS PÚBLICAS, EL CUAL SE ENCUENTRA CONCORDANTE CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 3 DE LA LEY Nº 28175 - LEY MARCO DEL EMPLEO PÚBLICO.

HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

FIRMA
DNI Nº: _____



HUELLA DIGITAL

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Abog. Elmer A. Quispe Leon
CAI. Nº 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 17233

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Glady's Cruz de Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano



ANEXO Nº 05
LEY Nº 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 004-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON DNI Nº _____, CON RUC Nº _____, DOMICILIADO EN _____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

QUE NO ME UNE PARENTESCO ALGUNO DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD O POR RAZÓN DE MATRIMONIO O UNIONES DE HECHO, CON PERSONA QUE A LA FECHA SON INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE LA GERENCIA SUB REGIONAL DE HUAYTARÁ, BAJO CUALQUIER DENOMINACIÓN QUE INVOLUCRE LA MODALIDAD DE CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS. RATIFICO LA VERACIDAD DE LO DECLARADO, SOMETIÉNDOME DE NO SER ASÍ A LAS CORRESPONDIENTES ACCIONES ADMINISTRATIVAS Y DE LEY.

HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

FIRMA and HUELLA DIGITAL fields with signature line and digital stamp box.

EN CASO DE TENER PARIENTES

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE EN LA GERENCIA SUB REGIONAL DE HUAYTARÁ, PRESTA SERVICIOS LA(S) PERSONA(S) CUYO(S) APELLIDO(S) INDICO, A QUIEN O QUIENES ME UNE LA RELACIÓN O VINCULO DE AFINIDAD (A) O CONSANGUINIDAD (C), VÍNCULO MATRIMONIAL (M) Y UNIÓN DE HECHO (UH), SEÑALADOS A CONTINUACIÓN:

Table with 4 columns: RELACIÓN, APELLIDOS Y NOMBRES, OFICINA DONDE PRESTA SERVICIOS. Rows 1, 2, 3.

HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

Handwritten signature and stamp: Shirley N. Espinoza Castro CIRUJANO DENTISTA C.O.P. 17233

FIRMA and HUELLA DIGITAL fields with signature line and digital stamp box.

Official stamps and signatures: GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA, Gerencia Sub Regional Huaytará, Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE, Abog. Elmer A. Quispe Leon, OFICINA ASESORIA JURIDICA.



ANEXO N° 06
CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR BUENA SALUD FISICA Y MENTAL

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-
CEP

PRESENTE.

DE MI CONSIDERACIÓN:

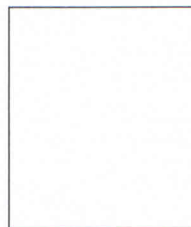
EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON
DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____
_____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO
JURAMENTO:

- GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL.

HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

FIRMA

DNI N°: _____



HUELLA
DIGITAL

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 17235

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Glady's Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Área de Desarrollo Humano
GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Abog. Elmer A. Quspe Leon
CAJ. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



ANEXO N° 07
CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR REGISTRADO EN EL REDAM

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-
CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON
DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____
_____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO
JURAMENTO

- **NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**, YA SEA POR OBLIGACIONES ALIMENTARIAS ESTABLECIDAS EN SENTENCIAS O EJECUTORIAS O ACUERDO CONCILIATORIO CON CALIDAD DE COSA JUZGADA, ASÍ COMO TAMPOCO MANTENER ADEUDOS POR PENSIONES ALIMENTARIAS DEVENGADAS SOBRE ALIMENTOS, QUE AMERITEN LA INSCRIPCIÓN EN EL REDAM.

HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

FIRMA

DNI N°: _____



HUELLA
DIGITAL

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 17235

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano
GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytara
Abog. Euler A. Quispe Leon
CAI. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



ANEXO N° 08
DECLARACION JURADA DE PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS Y/O
PERSONA CON DISCAPACIDAD

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-
CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON
DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____
_____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO
JURAMENTO:

BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS
(MARQUE CON UN "X" LA RESPUESTA)


PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
USTED ES UNA PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS Y CUENTA CON LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		

BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD
(MARQUE CON UN "X" LA RESPUESTA)

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
USTED ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY N° 29973, LEY GENERAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y CUENTA CON LA ACREDITACIÓN CORRESPONDIENTE?		


DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES VERDADERA, SOMETIÉNDOME AL PROCESO DE FISCALIZACIÓN POSTERIOR.


HUAYTARÁ, ____ DE JULIO DE 2019

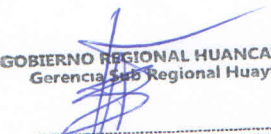

 Shirley N. Espinoza Castro
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 17235

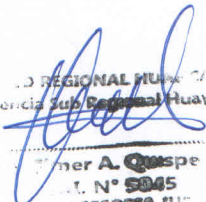
 FIRMA

 DNI N°: _____


 HUELLA DIGITAL


 GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
 Unidad Operativa Red de Salud Huaytará
 Gladys Chavez De Sarmiento


 GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
 Gerencia Sub Regional Huaytará
 Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
 Especialista Administrativo II
 Área de Desarrollo Humano


 GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
 Gerencia Sub Regional Huaytará
 Thier A. Quespe
 C.O.P. N° 5045
 ASESORÍA JURÍDICA



ANEXO N° 09
FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE

N° DE CONVOCATORIA: _____

I. DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO : _____

APELLIDO MATERNO : _____

NOMBRES : _____

DNI: _____ RUC: _____

DIRECCIÓN : _____

DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____ DEPARTAMENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO : _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____ ESTADO CIVIL: _____

CORREO ELECTRONICO : _____

CELULAR : _____ TELEF. FIJO: _____

COLEGIO PROFESIONAL (SI APLICA) : _____

REGISTRO : _____ LUGAR DEL REGISTRO: _____

PERSONA CON DISCAPACIDAD

EL POSTULANTE ES DISCAPACITADO:

SI [] NO []

N° DE REGISTRO: _____

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDICAR EL NÚMERO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Shirley N. ... CIRUJANA DENTISTA C.C.P.

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE Especialista Administrativo II Área de Desarrollo Humano

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA Unidad Operativa Red de Salud Huaytará

Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA Gerencia Sub Regional Huaytará

Abog. Elmer A. Quispe Leon CAI N° 5045 OFICINA ASESORIA JURIDICA



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	ESPECIALIDAD	UNIVERSIDAD, INSTITUTO O COLEGIO	CIUDAD / PAÍS	ESTUDIOS REALIZADOS DESDE / HASTA (MES/AÑO)	FECHA DE EXTENSIÓN DEL TÍTULO(2) (MES/AÑO)
DOCTORADO					
MAESTRÍA					
TITULO					
BACHILLER					
ESTUDIOS TÉCNICOS					
SECUNDARIA					

NOTA:

(1) DEJAR EN BLANCO AQUELLOS QUE NO APLIQUEN.

(2) SI NO TIENE TÍTULO ESPECIFICAR SI ESTÁ EN TRÁMITE, ES EGRESADO O AÚN ESTÁ CURSANDO ESTUDIOS (OBLIGATORIO)

III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN

Nº	NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA		DURACIÓN EN HORAS
			INICIO	FIN	
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					

NOTA: SE PODRÁ AÑADIR OTRO CUADRO SI ES NECESARIO.

Shirley N. Castro
CIRUJANA DENTISTA
C.O.F. 1235

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Área de Desarrollo Humano

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Reg. de Salud Huaytará

Gladys Chavez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Abog. Eimer A. Quispe Leon
CAI. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA



PERÚ

Ministerio de Salud

IV. EXPERIENCIA LABORAL

DETALLAR EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES CUADROS, LA EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL EN ORDEN CRONOLÓGICO.

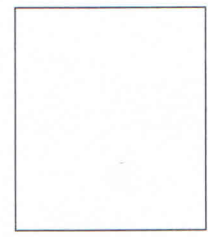
N°	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO			FECHA DE CULMINACIÓN			TIEMPO EN EL CARGO		EXPERIENCIA EN LA ENTIDAD			
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	AÑO	MES	PUBLICA	PRIVADA	ONG	OTRO
01													
02													
03													
04													
05													

NOTA: SE PODRÁ AÑADIR OTRO CUADRO SI ES NECESARIO.

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ Y EXACTA, Y EN CASO NECESARIO, AUTORIZO SU INVESTIGACIÓN. ME SOMETO A LAS DISPOSICIONES DE VERIFICACIÓN POSTERIOR ESTABLECIDA POR LEY 27444.

HUAYTARÁ, ___ DE JULIO DE 2019

FIRMA
DNI N°: _____



HUELLA DIGITAL

Shirley N. Escobedo Castro
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 17235

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
 Unidad Operativa Red de Salud Huaytara
Gladys Chavez De Sarmiento J

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
 Gerencia Sub Regional Huaytara
 Lc. Edu. MARINO C. MEXIA MANRIQUE
 Especialista Administrativo II
 Área de Desarrollo Humano
 GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
 Gerencia Sub Regional Huaytara
 Abog. Elmer A. Quispe Leon
 C.A.I. N° 5045
 OFICINA ASESORIA JURIDICA



ANEXO N° 10
FICHA DE DATOS DEL TRABAJADOR



APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
------------------	--	------------------	--	---------	--

DNI	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO	UBIGEO DNI	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
			LUGAR DE NACIMIENTO			

DIRECCIÓN DOMICILIARIA ACTUAL		DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
DOMICILIO				

TELÉFONO DOMICILIARIO	TELEFONOS MOVIL	E-MAIL
-----------------------	-----------------	--------

RUC	CCI: _____	<input type="checkbox"/> Banco de la Nación (Preferentemente) <input type="checkbox"/> Otro _____
	CTA: - -	
BOUCHER DE BANCO (Código de Cuenta Interbancaria y Cuenta de Ahorro/Corriente)		NOMBRE DE BANCO

MENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL	FECHA DE TITULACIÓN	NUMERO DE COLEGIATURA	FECHA DE COLEGIATURA
--------------------------------	---------------------	-----------------------	----------------------

ESTADO CIVIL	NOMBRES COMPLETO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE	NOMBRES COMPLETO FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIAS	TELÉFONO
--------------	--	--	----------

<input type="checkbox"/> Vehículo Menor <input type="checkbox"/> Vehículo Mayor	N° _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/>	
Tipo de Licencia de Conducir	Licencia de Conducir	Clase-Categoría	Talla de Chaqueta / Casaca	Talla de Buzo	Talla de Calzado	

SISTEMA DE PENSIONES	
<input type="checkbox"/> Deseo Afiliarme <input type="checkbox"/> Me encuentro afiliado	
<input type="checkbox"/> O.N.P.	Sistema Nacional de Pensiones www.onp.gob.pe
<input type="checkbox"/> AFP Integra <input type="checkbox"/> AFP Horizonte <input type="checkbox"/> AFP Profuturo <input type="checkbox"/> AFP Prima	Sistema Privado de Pensiones www.sbs.com.pe

Declaro bajo juramento que los datos consignados son veraces y se sustentan en la documentación presentada oportunamente y la que presentaré en caso de actualización a la Oficina correspondiente con la finalidad de ser anexada a mi Legajo Personal.

Huaytará, ___ de julio de 2019

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANA DENTISTA
C.O.P. 17260

Firma y Posfirma del Declarante	Indice Derecho Huella Digital
---------------------------------	-------------------------------

GOBIERNO REGIONAL HUANCAYELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará
Abog. Gladys Chavez De Sarmiento
CAL. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

GOBIERNO REGIONAL HUANCAYELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará
Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Área de Desarrollo Humano



Adjuntar: Copia DNI, Títulos Profesional, Boucher Banco de la Nación, Licencia de Conducir, Fotografía Pasaporte Digital en formato. JPG

DATOS DE LA PLAZA:

Nº ORDEN CAP	CARGO	CODIGO PLAZA	CLASIFICACIÓN	ESTABLECIMIENTO	SITUACION LABORAL	DEPENDENCIA	UNIDAD EJECUTORA
	<input type="checkbox"/> M.C. GINECO-OBSTETRA <input type="checkbox"/> M.C. GENERAL <input type="checkbox"/> M.C. INTERNISTA <input type="checkbox"/> M.C. PEDIATRA <input type="checkbox"/> M.C. ANASTESIOLOGO <input type="checkbox"/> ENF. CENTRO QUIRURGIC. <input type="checkbox"/> ENF. ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> ENF. UNIDAD DE SEGURO <input type="checkbox"/> ENF. EPIDEMIOLOGIA <input type="checkbox"/> MEDICO CIRUJANO <input type="checkbox"/> ENFERMERIA <input type="checkbox"/> OBSTETRIZ <input type="checkbox"/> BILOGO <input type="checkbox"/> PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA <input type="checkbox"/> CIRUJANO DENTISTA <input type="checkbox"/> QUIMICO FARMACEUTICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGO MEDICO <input type="checkbox"/> TEC. ENFERMERIA <input type="checkbox"/> TEC. FARMACIA <input type="checkbox"/> TEC. LABORATORIO <input type="checkbox"/> TEC. RADIOLOGO <input type="checkbox"/> ING. SISTEMAS <input type="checkbox"/> OPERADOR PAD <input type="checkbox"/> ASIST. ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> PERSONAL LIMPIEZA <input type="checkbox"/> SERVICIOS GENERALES <input type="checkbox"/> CHOFER <input type="checkbox"/> OTRO			<input type="checkbox"/> C.S. _____ <input type="checkbox"/> P.S. _____ <input type="checkbox"/> OFICINA _____ <input type="checkbox"/> AREA _____	<input type="checkbox"/> Nombrado (*) <input type="checkbox"/> Contrato D.L. 276 <input type="checkbox"/> Contrato D.L. 1057 <input type="checkbox"/> Serums Nacional <input type="checkbox"/> Serums Regional	UNIDAD OPERATIVA RED SALUD HUAYTARA	007 REGION HUANCVELICA - GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA

DE LA CONDICION CONTRACTUAL (*)

(*) MODALIDAD CONTRACTUAL	DOCUMENTO CONTRACTUAL			FECHA CONTRACTUAL		REMUNERACION MENSUAL
	TIPO	Nº	FECHA	INICIO	TERMINO	
<input type="checkbox"/> D.L. 276 - MINSA <input type="checkbox"/> D.L. 1057 - C.A.S.	<input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Contrato	Nº _____ -201___ / GOB.REG.HVCA/GSRH/G.	___/___/201__	___/___/201__	___/___/201__	S/. _____,00
<input type="checkbox"/> Serums Nacional <input type="checkbox"/> Serums Regional	<input type="checkbox"/> Proveido	Nº _____ 201__ - ___	___/___/201__	___/___/201__	___/___/201__	MODALIDAD: <input type="checkbox"/> Remunerado <input type="checkbox"/> Equivalente
Otro: <input type="checkbox"/>						

DE LA MODALIDAD PRESUPUESTAL PRESUPUESTO

<input type="checkbox"/>	9001 ExPAAG - Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
<input type="checkbox"/>	9001 Funcionamiento Red de Salud
<input type="checkbox"/>	9002 AISPED Huaytará - Lillinta
<input type="checkbox"/>	9001 Hospital Provincial Huaytará
<input type="checkbox"/>	9002 Seguro Integral de Salud -AUS
<input type="checkbox"/>	

PRESUPUESTO PPR

<input type="checkbox"/>	0001 Programa Articulado Nutricional.
<input type="checkbox"/>	0002 Salud Materno Neonatal.
<input type="checkbox"/>	0016 TBC-VIH/SIDA.
<input type="checkbox"/>	0017 Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis.
<input type="checkbox"/>	0018 Enfermedades No Transmisibles.
<input type="checkbox"/>	0024 Prevención y Control de Cáncer.
<input type="checkbox"/>	0068 Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres

PRESUPUESTO MINSA - Decreto Legislativo 276

<input type="checkbox"/>	Nombrado.	<input type="checkbox"/>	Serums Nacional.
<input type="checkbox"/>	Contrato a Plazo Fijo.	<input type="checkbox"/>	Serums Regional.

OTROS PRESUPUESTO

<input type="checkbox"/>	PIR - Hvca.	<input type="checkbox"/>	Municipalidad.
<input type="checkbox"/>	SISMED - Hvca.	<input type="checkbox"/>	

DEL TIPO INGRESO:

	MEDIANTE:	DOCUMENTO:	DE FECHA:	CONCEPTO
<input type="checkbox"/>	CONVOCATORIA	_____ -201___ / GOB.REG.HVCA/GSRH		
<input type="checkbox"/>	PROPUESTA DIRECTA	_____ N° _____ - 201___ / UORSH		
<input type="checkbox"/>	OTRO:			

Huaytará, ___ de julio de 2019

Shirley N. Espinoza Castro
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 17235

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Abog. Elmer A. Quispe Leon
C.A.I. N° 5045
OFICINA ASESORIA JURIDICA

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Unidad Operativa Red de Salud Huaytará
Edyda Alvarez De Sarmiento

GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
Gerencia Sub Regional Huaytará

Lic. Edu. MARINO C. MEJIA MANRIQUE
Especialista Administrativo II
Area de Desarrollo Humano