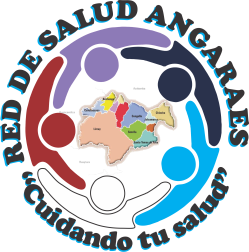
**GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA**

**GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL**

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA**

**RED DE SALUD DE ANGARAES**



**CAS Nº 004-2019/GOB.REG.HVCA/ RSA-RECAS**

**Red de Salud de Angaraes requiere los servicios de dos (02) PSICÓLOGO/a para CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA ANGARAES, realizando el presente proceso de selección, cuyas bases son los siguientes**

**BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **PUESTO** | **ÁREA USUARIA** |
| **(02) PSICÓLOGO/A** | **CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA ANGARAES** |

**ANGARAES - 2019**

**BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN**

**CAS Nº 004-2019/GOB.REG.HVCA/ RSA-RECAS**

**(02) PSICÓLOGO/A - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA ANGARAES**

1. **GENERALIDADES:**
   1. **ENTIDAD CONVOCANTE.**

NOMBRE : UNIDAD EJECUTORA 405 RED DE SALUD ANGARAES

RUC N° : 20601021006

* 1. **DOMICIO LEGAL.**

Jirón. Lima Nº 274-Barrio Pueblo Nuevo–Angaraes-Lircay-Huancavelica.

* 1. **OBJETIVO DE LA CONVOCATORIA:**

El presente proceso de selección tiene por objeto de contratar profesional en la salud en Psicología, a fin de implementar con potencial humano calificado que reúnen los requisitos establecidos en los perfiles de puestos para el cumplimiento de las metas programadas para el año fiscal 2019, establecido bajo el marco normativo legal de la Red de Salud de Angaraes, teniendo a su cargo las funciones específicas en materia de salud de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia.

* 1. **DEPENDENCIA, UNIDAD ORGÁNICA Y/O ÁREA SOLICITANTES.**
* CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA ANGARAES
  1. **DEPENDENCIA ENCARGADA DE REALIZAR EL PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL**

Comisión Permanente de Selección de Personal Bajo el Régimen **CAS**, presidido por el Jefe de la Oficina de Recursos Humanos de la UNIDAD EJECUTORA 405 RED DE SALUD ANGARAES.

* 1. **BASE LEGAL.**

1. Decreto Legislativo Nº 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
2. Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM y modificatorias, que regula el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057.
3. Ley Nª 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga derechos laborales.
4. Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.
5. Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
6. Ley N° 30879.- Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019.
7. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
8. Ley Nª 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
9. Ley N°27815, Código de Ética de la Función Pública y Normas Complementarias.
10. Ley N° 26771, que regula la prohibición de ejercer la facultad de Nombramiento y Contratación de personal en el sector público en caso de parentesco y normas complementarias.
11. Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
12. Resolución de presidencia ejecutiva N° 061-2010-SERVIR/PE. Que otorga el 10% de bonificación a los licenciados de las fuerzas armadas.
13. Resolución Ministerial Nº 816-2011-EF/43 y modificatorias.
14. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 061-2010-SERVIR/PE, modificada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011-SERVIR/PE.
15. Demás disposiciones que regulen el Contrato Administrativo de Servicios.
16. **PERFIL DE PUESTOS:**

**ITEM N° 01: PERFIL DE PUESTO DE PSICOLOGO/A**

**IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO**

Órgano: UNIDAD EJECUTORA 405 RED DE SALUD ANGARAES

Unidad Orgánica: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

Nombre del Puesto: **PSICOLOGO/A - (CODIGO - 1820)**

Dependencia Jerárquica Lineal: JEFE (A) DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

**MISIÓN DEL PUESTO**

Brindar la atención en el campo asistencial, técnico y administrativo de la psicología a pacientes de acuerdo a las guías y protocolos establecidos, con la finalidad de lograr la prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, familia y comunidad.

**FUNCIONES DEL PUESTO**

1. Realizar atención ambulatoria (Evaluación y diagnóstico) de usuarios con morbilidad en trastornos mentales y problemas psicosociales para la elaboración de la historia clínica, diagnóstico clínico, psicosocial especializado y elaboración del plan de atención individualizado para una adecuada y oportuna intervención
2. Atender de forma ambulatoria de seguimiento por psicología a persona con morbilidad en trastornos mentales para la disminución de estas morbilidades
3. Realizar psicoterapia individual o familiar ambulatoria con la finalidad de disminuir la morbilidad en trastornos mentales y/o problemas psicosociales
4. Asistir y supervisar de forma técnica mensual a los grupos de ayuda mutua de usuarios con problemas de depresión, trastornos adictivos, violencia, etc. Para que estos pacientes logren supervisar sus morbilidades y reinsertarse a la sociedad
5. Acompañar en visitas domiciliarias a usuarios, familiares con trastornos mentales, problemas psicosociales para continuidad de cuidados y adherencia al tratamiento psicofarmacológico
6. Realizar acompañamientos clínicos psicosociales a los puestos o centros de salud (04 por mes), de acuerdo al plan anual de acompañamiento clínico psicosocial elaborado por el equipo interdisciplinario del Centro de Salud Mental Comunitario de Angaraes para que estos puedan atender, realizar intervención, seguimiento a sus pacientes dentro de su jurisdicción
7. Intervenir en el diagnostico participativo y planes locales de salud mental para tener condiciones con capacidades y decisiones en las reuniones dadas con la posibilidad de realizar resoluciones municipales
8. Realizar reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario del Centro de Salud Mental Comunitaria – Angaraes para tener conocimiento de manejo de los casos en Salud Mental
9. Llevar a cabo talleres de sensibilización a las comunidades sobre temas de salud mental para la adecuada detección y referencia de los casos de salud mental
10. Participar en las reuniones con otras instituciones del estado para el conocimiento en temas de salud mental
11. Otras funciones asignadas por la jefatura inmediata, relacionados a la misión del puesto o órgano /unidad orgánica

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**Coordinaciones internas**:

Centro de salud mental comunitario Angaraes, IPRESS de la red de salud de Angaraes y Hospital de Lircay

**Coordinaciones Externas:**

Centro emergencia mujer, Comisaria Provincial de Angaraes, Municipalidad Provincial de Angaraes, Subprefectura de Angaraes, Municipalidades Distritales, red de Instituciones educativas, vaso de leche, OMAPED, Ministerio Publico Penal y Familia, Juzgado mixto de Angaraes, Juzgado de inversión preparatoria de Angaraes y ONGs

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A)** Nivel Educativo | | | | | | | | | | **B)** Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos | | | | | | | | | | | | | | | | **C)** ¿Colegiatura? | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Incompleta | | | Completo | | |  |  | Egresado(a) | | | |  | Bachiller | | | **X** | Título/ Licenciatura | | | | | Sí | **X** | No |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Primaria | |  |  |  |  |  |  |  | .  **PSICOLOGIA** | | | | | | | | | | | | | |  | **D)** ¿Habilitación profesional? | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Secundaria | | |  |  |  |  |  |  |  | Sí | **X** | No |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Técnica Básica (1 ó 2 años) | | |  |  |  |  |  |  |  | Maestría | |  |  |  | Egresado | | |  |  |  | Grado | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **NO APLICA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Técnica Superior (3 ó 4 años) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Doctorado | | |  |  | Egresado | | |  |  |  | Grado | |  |  |  |  |  |  |
|  | **X** | Universitaria | | |  |  |  | **X** |  |  |  |  |  |  |  | **NO APLICA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CONOCIMIENTOS**

**A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No se requiere sustentar con documentos):**

|  |
| --- |
| Conocimientos sobre evaluación, diagnostico, psicológico y psicoterapias |

**B) Cursos y Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:**

|  |
| --- |
| 90 horas acumuladas en cursos de salud mental, evaluaciones psicológicos, psicoterapias o afines de las funciones |

**C) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OFIMÁTICA | Nivel de dominio | | | | IDIOMAS/  DIALECTO |  |  |  |  |
| No aplica | Básico | Intermedio | Avanzado | No aplica | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Procesador de Textos |  | **X** |  |  | Ingles | X |  |  |  |
| Hojas de calculo |  | **X** |  |  | Quechua |  | **X** |  |  |
| Programa de Presentación |  | **X** |  |  | Otros (Especificar) |  |  |  |  |

**EXPERIENCIA**

Experiencia general

**Indique el tiempo total de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.**

|  |
| --- |
| 1 año |

Experiencia especifica

**A. Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto en la función o la materia:**

|  |
| --- |
| 1 año |

**B. En base a la experiencia requerida para el puesto (parte A), señale el tiempo requerido en el sector público:**

|  |
| --- |
| 1 año |

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

Practica

Profesional Auxiliar o Analista Especialidad Supervisor/ Jefe de área o Gerente o

Asistente Coordinador Departamento Director

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

|  |
| --- |
| No aplica |

**HABILIDADES O COMPETENCIA**

|  |
| --- |
| Capacidad analítica y resolutiva, Creatividad, innovación, trabajo en equipo, adaptabilidad, análisis, comunicación verbal, Autocontrol, proactividad, asertividad, empatía calidez y buen trato |

**REQUISITOS ADICIONALES**

|  |
| --- |
| Resolución de SERUMS |

**CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lugar de Prestación del Servicio:** | CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - ANGARAES |
| **Duración de Contrato:** | **Inicio**: A la Suscripción del contrato  **Hasta:** El 31 diciembre de 2019 (renovable) |
| **Remuneración Mensual:** | S/ 2,500.00 (Dos Mil Trescientos con 00/100 soles), incluidos los descuentos y beneficios de Ley. |
| **Otras condiciones esenciales del contrato** | Disponibilidad inmediata |

1. **CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETAPAS DEL PROCESO** | **CRONOGRAMA** | **ÁREA RESPONSABLE** |

**CONVOCATORIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 01 | Publicación y difusión de la convocatoria en el Sistema Nacional de Empleo SNE-MTPE; Facebook: Red de Salud Angaraes, página web Institucional del Dirección Regional de Salud de Huancavelica y en página web del Gobierno Regional de Huancavelica. | **Del Lunes 21.10.19 al martes 05.11.19** | Unidad de  Recurso Humanos |
| 02 | Presentación de currículo Vitae documentado: incluyendo los Anexos de declaración jurada (01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 y 09) por mesa de partes de la Red de Salud Angaraes Jr. Lima Nº 274 -Barrio Pueblo Nuevo – Lircay, Angaraes (Plaza Andrés Avelino Cáceres) en el horario de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. | **Miércoles 06.11.19** | Mesa de Partes |

**SELECCIÓN:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 05 | **Evaluación de:**  Revisión de cumplimiento de requisitos y evaluación curricular (eliminatorio) | **Jueves 07.11.19** | COMITÉ DE SELECCIÓN |
| 06 | Publicación de Evaluación curricular y el Rol de entrevista | **Jueves 07.11.19** | UNIDAD DE  RECURSO HUMANOS |
| 07 | Presentación de recurso de reconsideración (solicitud dirigido a la comisión permanente de selección de personal –CAS) | **Viernes 08.11.19** | MESA DE PARTES  (DE 8:00 A 10:00 horas) |
| 08 | Evaluación y publicación de recurso de reconsideración | **Viernes 08.11.19** | COMITÉ DE SELECCIÓN  (de 10:00 - 12:00 horas) |
| 09 | Publicación de Rol de entrevista personal los aptos que fueron admitidos la reconsideración. | **Viernes 08.11.19** | UNIDAD DE  RECURSO HUMANOS  (13:00 horas) |
| 10 | Ejecución de entrevista personales | **Viernes 08.11.19** | COMITÉ DE SELECCIÓN  (Según rol de entrevistas) |
| 11 | Publicación de resultados finales | **Viernes 08.11.19** | UNIDAD DE  RECURSO HUMANOS |

**SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12 | Suscripción y registro de contrato. | **Los 05 primeros días hábiles después de ser publicado los resultados finales** | UNIDAD DE  RECURSO HUMANOS |

**El cronograma se encuentra sujeto a variaciones por parte de la Entidad, las mismas que se darán a conocer oportunamente a través del Portal web del Gobierno Regional de Huancavelica, portal web de la DIRESA y Facebook de la Red de Salud de Angaraes, en el cual se anunciará el nuevo cronograma por cada Etapa de evaluación que corresponda.**

1. **PROCEDIMIENTO DE SELECION Y EJECUCION DEL PERSONAL**

El siguiente proceso de selección consta de las siguientes actividades y etapas lo detallo a continuación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nª** | **ETAPAS/ACTIVIDADES** | **CARACTER** | **PUNTAJE MINIMO APROBATORIO** | **PUNTAJE MAXIMO** | **DESCRIPCION** |
| 1 | Presentación de currículo vitae documentada. | Obligatorio | No tiene puntaje | No tiene puntaje | Presentación de currículo Vitae documentado: incluyendo las Constancias y Anexos de declaración jurada (01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08 y 09) por mesa de partes de la Red de Salud Angaraes Jr. Lima Nº 274 -Barrio Pueblo Nuevo – Lircay, Angaraes (Plaza Andrés Avelino Cáceres) |
| 2 | Evaluación de currículo vitae documentado | Eliminatoria | 35.00 | 50.00 | Calificación de la documentación sustentatoria de los postulantes que se presentaron según el perfil solicitado. |
| 3 | Entrevista Personal | Eliminatoria | 35.00 | 50.00 | Evaluación de la presentación, trabajo en equipo, conocimiento institucional, conocimiento temático y capacidad analítica del candidato a cargo del comité. |
| **Puntaje Mínimo Aprobatorio: 70 puntos – Puntaje Máximo: 100 puntos.**  El cuadro de méritos se elaborara con los puntajes obtenidos por los participantes que hayan aprobado todas las etapas del proceso de selección: Presentación de currículo vitae documentada, Evaluación de currículo vitae documentado y entrevista personal. | | | | | |

* 1. **DESARROLLO DE ETAPAS**

Los postulantes serán los únicos responsables de la información y datos ingresados para participar en el presente proceso de selección y en cumplimiento con el perfil de puestos señalados en el título II.

* + 1. **Presentación de currículo vitae documentado.**

La hoja de vida documentado, será presentada de manera obligatoria en un **folder manila, y en sobre cerrado,** que contenga el currículo vitae, la documentación sustentatorios y las declaraciones juradas requeridas, se consignará el siguiente rótulo: **OBLIGATORIO**: (**uso de separadores, foliados, firma y huella en cada hoja**)

**Señores.**

**RED DE SALUD ANGARAES**

**Atte.: COMITÉ DE PROCESO DE CONVOCATORIA**

PROCESO DE CONVOCATORIA CAS N° \_\_\_\_\_-2019/GOB.REG.HVCA/RSANG-RECAS

Contratación Administrativa de Servicio –CAS.

ORGANO/UNIDAD ORGANICA: ……………………………………………………………………………………..

NOMBRE DE PUESTO:(al cargo que postula) …………………………………………………………………..

N° DE ITEM:(según cuadro de requerimiento) …………………………………………………..………….

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

DNI:……………………………………………………………… N° Folios………………………………………………..

Los postulantes presentaran la **DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA DE MANERA OBLIGATORIA** en el siguiente orden.

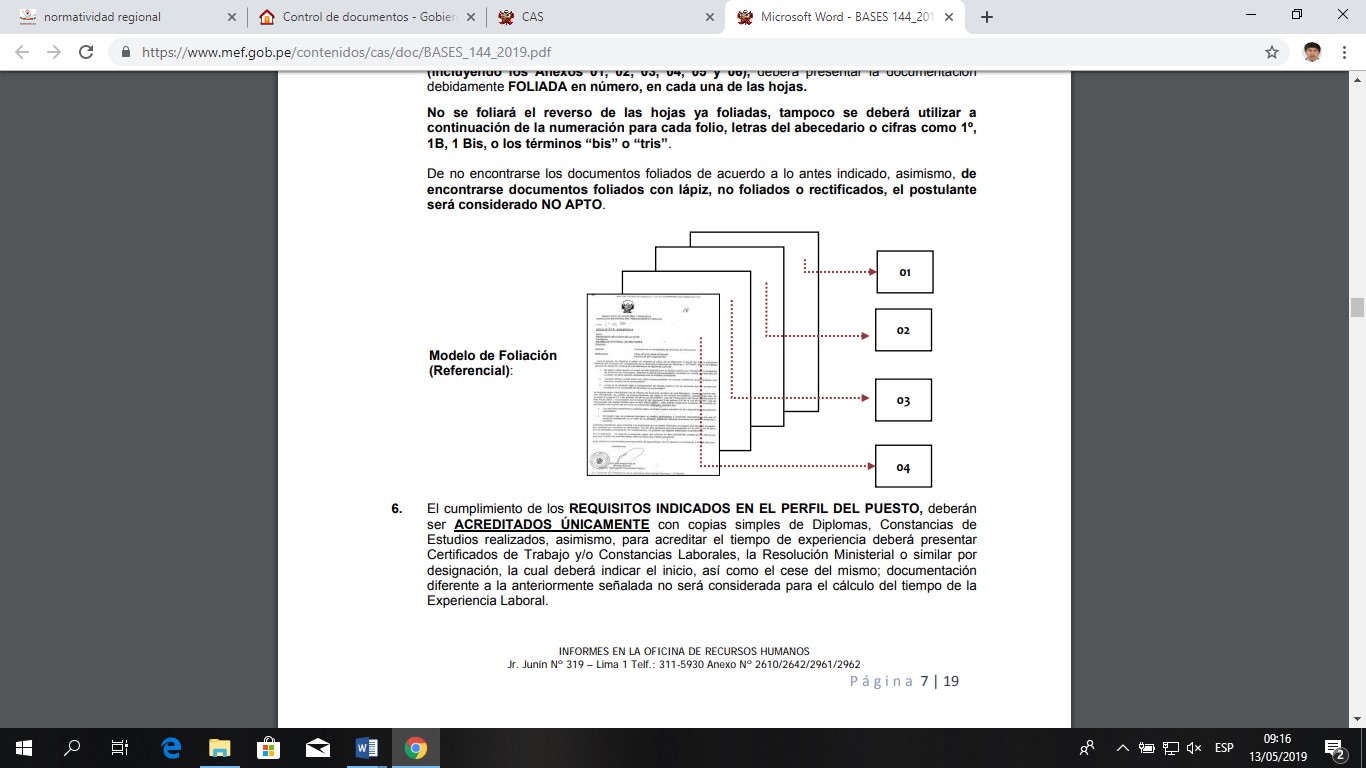
1. Copia del DNI del postulante vigente.
2. Constancia de Habilitación Profesional **Vigente Original** (según corresponda).
3. Anexo Nº 01: Ficha Resumen Curricular (CV. documentado)
4. Anexo Nº 02: Declaración Jurada de Habilitación
5. Anexo Nº 03: Declaración Jurada de Antecedentes Penales.
6. Anexo Nº 04: Declaración Jurada de Antecedentes policiales y Judiciales.
7. Anexo Nº 05: Declaración Jurada para el Otorgamiento de Bonificaciones.
8. Anexo Nº 06: Declaración Jurada de Afiliación al Régimen Previsional.
9. Anexo Nº 07: Declaración Jurada de no tener deudas por concepto de alimentos - REDAM.
10. Anexo Nº 08: Declaración Jurada de Nepotismo (D.S N° 034-2005-PCM).
11. Anexo N° 09: Declaración jurada de no contar con proceso Administrativo Disciplinario.

**Toda documentación deberá tener folio y rubrica con huella digital** en cada una de sus hojas.

Un folio corresponde a cada documento presentado, los documentos que tengan códigos de registro o similares en la parte posterior deben estar fotocopiados en ambas caras.

No se foliará el reverso de las hojas ya foliadas, tampoco se deberá utilizar a continuación de la numeración para cada folio, letras del abecedario o cifras como 1º, 1B, 1 Bis, o los términos “bis” o “tris”.

**El postulante deberá tener en cuenta el siguiente MODELO DE FOLIACIÓN:**



En el caso que el postulante no cumpla con presentar alguno de los documentos señalados previamente, así como no foliar o firmar la documentación, será declarado NO APTO.

Asimismo, los documentos foliados con lápiz o rectificados, será considerado NO APTO.

También se declarará como **NO APTO** al postulante que consigne incorrectamente el número de Proceso CAS, NOMBRE DE PUESTO y NUMERO DE ITEM a la que se presente.

* + 1. **EVALUACIÓN CURRICULAR.**

**Ejecución**: la evaluación del currículum documentado de los participantes se basará estrictamente en la información registrada según el ANEXO N° 01 “Ficha de resumen curricular” el cumplimiento de los requisitos mínimos.

El postulante de manera **OBLIGATORIA COLOCARA SEPARADORES VISIBLES** en su currículo vitae, respecto de la a) Formación académica, b) Cursos y/o Programas de Especialización y c) Experiencia Laboral.

1. **Formación Académica:**

deberán de acreditar con copia simples de certificado de secundaria completa, certificado de estudios técnicos básicos o profesional técnico, Diploma de bachiller, diploma de Título o Resolución que emite la universidad confiriendo el grado académico (de acuerdo a lo solicitado en el perfil de Puesto).

1. **Cursos y/o Programas de Especialización:**

Se establece los cursos, programas de especialización y/o diplomados, que se requiere para ocupar el puesto; los mismos deberán acreditarse con copia simple de certificado, constancia u otro medio probatorio, con una antigüedad no mayor a 3 años.

* Los cursos deberán ser en materias específicas relacionadas o afines a las funciones del puesto, los cuales deberán ser acumulativas en relación a lo solicitado en el perfil de puesto, esto incluye cualquier modalidad de capacitación: Cursos, Talleres, Seminarios, Conferencias, entre otros.
* Los Programas de especialización son programas de formación orientados a desarrollar determinadas habilidades y/o competencias en el campo profesional y laboral, deberán tener una duración no menos de 90 horas, y si son organizados por un ente rector, se podrá considerar desde ochenta (80) horas.
* Los Diplomados en el marco de la Ley Universitaria deberán tener un mínimo de 24 créditos académicos.

Los certificados deben indicar el número de horas lectivas y la fecha de emisión, los mismos que deben estar resaltados, con resaltador visible.

1. **Conocimientos** **de Ofimática e Idioma y/o dialectos** con nivel de conocimiento básico, intermedio y/o avanzado no necesitan ser sustentados con documentación, toda vez que su validación podrá realizarse en las etapas de evaluación del proceso de selección o por algún otro mecanismo que dé cuenta de que el candidato cuenta con ellos.
2. **Experiencia Laboral:**

Deberá ser **ACREDITADOS ÚNICAMENTE** con copias simples de Contratos Laborales, Adendas, Certificados de Trabajo y/o Constancias Laborales, Resolución de Designación y/o encargatura, Órdenes de Servicio, documentos que deberán indicar el inicio, así como la finalización de la prestación laboral.

En caso de presentar copia de órdenes de servicios, estas se validarán solo las que se acompañan la respectiva acta o constancia de conformidad o prestación del servicio los cuales deberá constar de manera **OBLIGATORIO** la fecha de inicio y termino del servicio.

El tiempo de experiencia laborar, se contabilizará desde el egreso de la formación académica correspondiente, por lo cual el postulante de **manera obligatoria** deberá presentar la **constancia de egreso** en la presente etapa, caso contrario se contabilizará desde la fecha desde la fecha de emisión del documento de la formación académica que requiera el perfil (Diploma de Bachiller, Diploma de Título Profesional, etc.).

Solo se considerarán como experiencia profesional para el sector público, las prácticas profesionales y/o las prácticas profesionales realizadas durante el último año de estudios, en concordancia con el decreto legislativo N° 1401 y su reglamento aprobado mediante el D.S. N°-2019-PCM.

La experiencia especifica señalada en el perfil de puesto, será validada según lo declarado en el ANEXO N° 001 ficha de resumen curricular y/o Curriculum documentado.

1. **CRITERIO DE CALIFICACIÓN PARA LOS CASOS EN LOS CUALES EL PUESTO CONVOCADO REQUIERE DE CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERIO DE CALIFICACIÓN:** | **PUNTAJE PARCIAL** | **PUNTAJE TOTAL** |
| **Formación académica requerida** |
| Supera el requisito mínimo del Puesto al que postula. | **22 PUNTOS** | **22 PUNTOS** |
| Cumple con requisito mínimo del servicio al que postula. | **16 PUNTOS** |
| **Experiencia requerida:** |  |  |
| Supera el requisito mínimo del Puesto al que postula en un 50%. | **18 PUNTOS** | **18 PUNTOS** |
| Cumple con requisito mínimo del Puesto al que postula. | **12 PUNTOS** |
| **cursos y/o programas de especialización** |  |  |
| Supera el requisito mínimo del Puesto al que postula en un 100%. | **10 PUNTOS** | **10 PUNTOS** |
| Cumple con requisito mínimo del Puesto al que postula. | **07 PUNTOS** |

* **Publicación:** La publicación solo incluirá resultados de la evaluación curricular. Los candidatos aprobados en la etapa de evaluación curricular serán convocados a la etapa de entrevista personal.
* **NOTA:**

1. Según el T.U.O. de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, señala que, para el caso de documentos expedidos en idioma diferente al castellano, el postulante deberá adjuntar la traducción oficial o certificada de los mismos en copia simple fedateada.
2. Tratándose de **estudios realizados en el extranjero** y de conformidad con lo establecido en la Ley del Servicio Civil N° 30057 y su Reglamento General, los títulos universitarios, grados académicos o estudios de posgrado emitidos por una universidad o entidad extranjera o los documentos que los acrediten deberán ser registrados previamente ante SERVIR; asimismo podrán ser presentados aquellos títulos universitarios, grados académicos o estudios de posgrado que hayan sido legalizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores, Apostillados o Reconocidos por SUNEDU.
3. Los participantes no pueden presentarse a la vez en 02 a más Ítems y/o convocatorias.
4. Se devolverá los currículos documentados a los participantes que no hayan resultado ganadores, quienes podrán recoger sus sobres sólo hasta después de los 07 días calendarios de haber culminado el proceso de selección. Caso contrario serán desechados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EVALUACIÓN | PUNTAJE MÍNIMO APROBATORIO | PUNTAJE MÁXIMO APROBATORIO |
| Evaluación curricular | 35.00 | 50.00 |

* + 1. **ENTREVISTA PERSONAL:**
* **Ejecución:** la entrevista personal estará a cargo del comité de selección quienes evaluaran, los aspectos personales, seguridad y estabilidad emocional, capacidad de persuasión, capacidad para tomar decisiones, cocimiento de cultura general y otros criterios relacionados con el perfil al cual postula.
* **Criterio de calificación:**

Los candidatos entrevistados deberán tener como puntuación mínima de treinta y cinco (35.00) puntos y máxima de cincuenta (50.00) Puntos para ser considerados en el cuadro de mérito en la etapa de resultado Final.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTREVISTA PERSONAL** | **PUNTAJE** | **PUNTAJE MINIMO** | **PUNTAJE MAXIMO** |
| Presentación y puntualidad | DE 01 A 05 | **35** | **50** |
| Conocimiento al cargo que postula | DE 01 A 20 |
| Conocimiento de capacitaciones y/o actualizaciones | DE 01 A 10 |
| Capacidad analítica y toma de decisiones | DE 01 A 10 |
| Conocimiento de Cultura General y Quechua | DE 01 A 05 |

* **Publicación:** el puntaje obtenido en la entrevista se publicará en el cuadro de mérito en la etapa de resultados finales.
* **NOTA:**

1. Los candidatos serán responsables del seguimiento del Rol de Entrevistas.
2. El candidato que haya aprobado todas las etapas del proceso de selección que haya obtenido 70.00 puntos como mínimo, será considerado como **“GANADOR”** de la convocatoria.
3. Los candidatos que hayan obtenido como mínimo de 70.00 puntos según cuadro de méritos y no resulta ganadores, serán considerados como accesitarios.
4. Si el candidato declarado **GANADOR** en el proceso de selección, no presenta la información requerida durante los 5 días hábiles posteriores a la publicación de resultados finales, se procederá a convocar al primer accesitario según orden de méritos para que proceda a la suscripción del contrato dentro del mismo plazo, contado a partir de las mismas consideraciones anteriores, la entidad podrá convocar al siguiente accesitario según orden de mérito o declarar desierto la plaza según corresponda.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EVALUACIÓN | PUNTAJE MÍNIMO APROBATORIO | PUNTAJE MÁXIMO APROBATORIO |
| Entrevista Personal | 35.00 | 50.00 |

* + 1. **SUSCRIPCIÓN** **Y REGISTRO DEL CONTRATO.**

El candidato declarado GANADOR en el proceso de selección gde personal para efectos de la suscripción y registro de Contrato Administrativo de Servicios, deberá presentar de manera obligatoria ante la Unidad de Recursos Humanos, dentro de los 05 días hábiles posteriores a los resultados finales, lo siguiente:

* Presentar copia fedatada y/o legalizada de los documentos que sustenten el Currículo Vitae, tales como: Grados o Títulos Académicos, Certificados de Estudios, Certificados y/o Constancias de Trabajo, y otros documentos que servirán para acreditar el cumplimiento del perfil.
* Certificado de Salud Mental, emitido por los hospitales del Ministerio de Salud y/o centro de salud mental comunitario. y Certificado de Salud Física emitido por los hospitales del Ministerio de Salud. (**Original).**
* Las personas que resulten ganadoras y que a la fecha de publicación de los resultados finales mantengan vínculo laboral con el Estado, deberán presentar Carta de Renuncia o Licencia sin Goce de la entidad de origen o resolución de vínculo contractual y solicitud dirigida a la Oficina de Recursos Humanos de la entidad de origen solicitando darle de Baja a su registro en el Módulo de Gestión de Recursos Humanos del MEF.

1. **BONIFICACIONES ADICIONALES.**
2. **Bonificación por Discapacidad.**

Conforme al artículo 48° y a la séptima Disposición complementaria Final de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, la persona con discapacidad que haya participado en el proceso de selección, llegando hasta la evaluación de la entrevista personal (puntaje final), y siempre que el participante lo haya adjuntado en su Hoja de Vida documentada la Certificación expedida por CONADIS, que tiene derecho a una bonificación del 15% en el puntaje total,

|  |
| --- |
| **Discapacidad = (+15% sobre el Puntaje Total).** |

1. **Bonificación por ser personal Licenciado de las Fuerzas Armadas**

Conforme a la Ley N° 29248 y su Reglamento, los licenciados de las fuerzas que hayan cumplido el Servicio Militar bajo la modalidad de acuartelado que participen en un proceso de selección, llegando hasta la evaluación de la entrevista Personal, que haya alcanzado el puntaje mínimo aprobatorio en esta evaluación, y siempre que el participante lo haya adjuntado en su Hoja de Vida documentada copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite tal condición, tiene derecho a una bonificación del 10% en el puntaje total.

|  |
| --- |
| **Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas = (+10% sobre el Puntaje Total).** |

1. **CUADRO DE MÉRITO.**
2. **Elaboración del cuadro de méritos**

El cuadro de méritos es elaborado solo con aquellos participantes que hayan aprobado todas las etapas del proceso de selección: presentación de currículo vitae documentada, evaluación curricular y entrevista personal.

**CUADRO DE MÉRITOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PUNTAJE POR ETAPAS** | | | **PUNTAJE TOTAL** | **BONIFICACIONES** | | **PUNTAJE FINAL** | |
| **Evaluación Curricular** | **+** | **Entrevista Personal** | **= Puntaje Total** | **NO CORRESPONDE** | | **Puntaje Final** | |
| Evaluación Curricular | + | Entrevista Personal | = Puntaje Total | + | si corresponde Bonificación a la persona con discapacidad (+15) | = | Puntaje Final |
| Evaluación Curricular | + | Entrevista Personal | = Puntaje Total | + | Si corresponde Bonificación al personal licenciado de las fuerzas armadas (+10%) | = | Puntaje Final |
| Evaluación Curricular | + | Entrevista Personal | =Puntaje Total | + | Si corresponde bonificación a la persona con discapacidad y al personal licenciado de las fuerzas armadas (+25%) | = | Puntaje Final |

**Se precisa que en ambos casos la bonificación a otorgar será de aplicación cuando el postulante haya alcanzado el puntaje mínimo aprobatorio en el puntaje total según corresponda.**

1. **PRECISIONES IMPORTANTES.**

Los participantes deberán considerar lo siguiente:

1. Cualquier controversia o interpretación distinta a las bases que se susciten o se requiera aclarar durante el proceso de selección, será resuelto por el órgano colegiado - Comité de Selección.

El Curriculum Vitae de los participantes que cuestionan las actuaciones del Comité de Selección no será devuelto al participante, debiendo permanecer bajo custodia del órgano colegiado, a fin de proceder a su revisión en el momento pertinente.

1. El presente proceso de selección se regirá por el cronograma elaborado en cada convocatoria. Asimismo, siendo las etapas de carácter eliminatorio, es de absoluta responsabilidad del postulante o participante el seguimiento permanente del proceso en el portal institucional de la UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ANGARAES.
2. **DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO Y CANCELACIÓN DEL PROCESO**
   1. **Declaratoria de proceso como desierto**

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

1. Cuando no se presenten postulantes al proceso de selección.
2. Cuando ninguno de los postulantes cumpla con los requisitos mínimos exigidos.
3. Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtenga el puntaje mínimo establecido para cada etapa del proceso.
   1. **Cancelación del proceso de selección** Administración

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

* 1. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección, previa comunicación del área usuaria.
  2. Por restricciones presupuestarias.
  3. Otros supuestos debidamente justificados.
  4. Cuando se presente algún reclamo o impugnación por algún ítem del presente proceso, esto suspende solo el ítem, más no el proceso, el cual continuará hasta su culminación. La solicitud de impugnación del proceso de convocatoria CAS, deberá señalar el ítem al cual está dirigido.

1. **IMPEDIMENTOS PARA CONTRATAR Y PROHIBICIÓN DE DOBLE PERCEPCIÓN**
2. No pueden celebrar contratos administrativos de servicios las personas con inhabilitación administrativa o judicial para el ejercicio de la profesión o cargo, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública.
3. Están impedidos de ser contratados bajo el CAS quienes tienen impedimento, expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes.
4. Es aplicable a los trabajadores sujetos al Contrato Administrativo de Servicios la prohibición de doble percepción de ingresos establecida en el artículo 3° de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público, así como el tope de ingresos mensuales que se establezcan en las normas pertinentes.

**ANEXO N° 01**

**FICHA RESUMEN CURRICULAR**

**(Con Carácter de Declaración Jurada)**

1. **DATOS PERSONALES**:

**Apellido Paterno: .………………………………………………………………………………………………………………………**

**Apellido Materno: ……………………………………………………………………………………………………...………………**

**Nombres: ……………………………………………………………………………………………………..………………**

**Nacionalidad: ………………………………………………………………………………………………..…………………....**

**Fecha de Nacimiento: …………………………………………………………………………………………………..………………....**

**Lugar de Lugar de Nacimiento:**

**Departamento: …………………………….Provincia:……………………………..Distrito:……………………….……**

**Documento de Identidad:……………………………………………………………………………………………….…………………**

**R.U.C. N°: ………………………………………………………………………………………………….………………….**

**Estado Civil: …………………………………………………………………………………………………..…………………**

**N° de hijos: ………………………………………………………………………………………………………………………**

**Dirección Domiciliaria según DNI. Avenida/Calle/Jirón): ………………………………………………………….….. … ……………………………………………………………………………………….………………….**

**Teléfonos (\*): ……………………………………………………………………………………………………………………..**

**Correo electrónico (\*): ………………………………………………………………………………………………..…………………...**

**Estudios Primarios en la Institución Educativa de:…………………………………………………………………………….**

**Estudios Secundarios en la Institución Educativa de:………………………………………………………………………….**

**Colegio Profesional (N° si aplica): ..……………………………………………………………………………………………………**

**MARQUE CON UN ASPA (X):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ES PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **SI** | **NO** |
| **ES PERSONA LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI** | **NO** |

**(\*) Consigne correctamente su número telefónico y dirección electrónica, pues en el caso de requerirse, la entidad utilizará tales medios para la respectiva comunicación.**

1. **FORMACIÓN ACADEMICA:**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título o Grado** | **Nombre de la Institución** | **Profesión o Especialidad** | **FECHA DE EXPEDICION DEL TITULO** | **CIUDAD/PAIS** | **Nº FOLIOS**  **(\*)** |
| **(MES/AÑO)** |
| DOCTORADO |  |  |  |  |  |
| MAESTRIA |  |  |  |  |  |
| TITULO PROFESIONAL O UNIVERSITARIO |  |  |  |  |  |
| BACHILLER / EGRESADO |  |  |  |  |  |
| ESTUDIOS TECNICOS (computación, idiomas entre otros). |  |  |  |  |  |
| ESTUDIOS (primarios/Secundarias) | **(Solo llenar si el perfil de puesto lo requiere).** | | | | |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite su formación académica.

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO:** **Se valorará: diplomados y especializaciones mayores a 90 horas,** **y si son organizados por un ente rector, se podrá considerar como mínimo ochenta (80) horas, así como cursos y/o capacitaciones mayores a 12 horas académicas.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre del curso y/o estudios de especialización y/o diplomado** | **Nombre de la Institución** | **Año que realizó el curso, diplomado o especialización** | **Horas lectivas de duración** | **Ciudad / país** | **Nº Folio**  **(\*)** |
| **1º** |  |  |  |  |  |  |
| **2º** |  |  |  |  |  |  |
| **3º** |  |  |  |  |  |  |
| **4º** |  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite sus cursos y/o capacitaciones**

1. **EXPERIENCIA LABORAL:**
2. **EXPERIENCIA GENERAL.**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Fecha de Inicio (mes/año)** | **Fecha de culminación (mes/año)** | **Tiempo en el cargo** | **Nº FOLIO**  **(\*)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL GENERAL : | | | | | (XX Años / XX Meses) |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.

**(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral general.**

1. EXPERIENCIA ESPECÍFICA.
2. **Experiencia específica en la función o la materia en sector público o privado.**

Administración Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Fecha de Inicio (mes/año)** | **Fecha de culminación (mes/año)** | **Tiempo en el cargo** | **Nº FOLIO**  **(\*)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA | | | | | (XX AÑOS / XX MESES) |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.

(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral específica

1. **Experiencia en el sector público (en base a la experiencia requerida para el puesto Administración señalada en la parte A):**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Fecha de Inicio (mes/año)** | **Fecha de culminación (mes/año)** | **Tiempo en el cargo** | **Nº FOLIO**  **(\*)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas** | | | | | | |
| TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA EN EL SECTOR PUBLICO | | | | | XX AÑOS / XX MESES) |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.

(\*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral específica en el sector público.

Declaro bajo juramento, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo a la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud de Angaraes efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 33° del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Lircay:……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………. Huella Digital

Firma

**ANEXO N° 02**

**DECLARACIÓN JURADA DE HABILITACIÓN**

Yo, ……………………………………………………………………………………, identificado (a) con DNI N° ……….……, con domicilio en ………………………… mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N°………………….; cuya denominación es el puesto……………………….; convocado por la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud de Angaraes.

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

* ESTAR EN EJERCICIO Y EN PLENO GOCE DE MIS DERECHOS CIVILES.
* CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO AL CUAL ESTOY POSTULANDO.
* NO TENER CONDENA POR DELITO DOLOSO.1
* NO ESTAR IMPOSIBILITADO NI INHABILITADO LEGAL, ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN O PARA DESEMPEÑAR FUNCIÓN PÚBLICA.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 49 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lircay, día …………. del mes de ……………….de.20…..

Firma:…………………………………………………

DNI : …………………………………………………

Huella Digital

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

1 Sentencia firme.

**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES PENALES**

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

Ante usted me presento y digo:

Que **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no registrar antecedentes penales, según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial “El Peruano”.

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lircay, día…………. del mes de ……………….de.20……

Firma:…………………………………………………

DNI : …………………………………………………

Huella Digital

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES Y JUDICIALES**

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

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

No registrar antecedentes policiales y judiciales, a nivel nacional. Asimismo, tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporciono, autorizo a la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud Angaraes, efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 33° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad

Lircay, día…………. del mes de ……………….de.20……

Firma:…………………………………………………

DNI : …………………………………………………

Huella Digital

**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA PARA OTORGAMIENTO DE BONIFICACIONES**

Yo:……………………………………………………………………………………………………………………………… Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°…………………… A efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como……………………………………………………….en…………………………………………………………………………………….; Manifiesto con carácter de DECLARACION JURADA lo siguiente:

**BONIFICACION POR DISCAPACIDAD**

(Marque con una “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 de discapacidad emitida por el CONADIS. |  |  |

**BONIFICACION POR SER LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

(Marque con una “X” la respuesta”)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI** | **NO** |
| Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo establecido en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, que establece criterios para asignar una bonificación en concurso para puestos de trabajo en la administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de licenciado. |  |  |

Lircay, día …………. del mes de ……………….de.20……

Firma:…………………………………………………

DNI : …………………………………………………

Huella Digital

**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN PREVISIONAL**

Por la presente, yo:……………………………………………………………………………………………………………

Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°…………………………………………

Manifiesto con carácter de DECLARACION JURADA lo siguiente:

Me encuentro afiliado a algún régimen de pensiones: SI NO

(Marca con una “X”)

En caso que la respuesta es afirmativa indicar:

(Marca con una “X”)

Sistema Nacional de Pensiones:

Sistema Privado de Pensiones:

PRIMA

INTEGRA

PROFUTURO

HABITAD

CUSPP N°……………………………………

En caso de no estar afiliado a ningún régimen elijo al siguiente régimen de pensiones:

Sistema Nacional de Pensiones:

Sistema Privado de Pensiones:

PRIMA

HORIZONTE

INTEGRA

PROFUTURO

Firma:…………………………………………………

DNI : …………………………………………………

Huella Digital

**ANEXO N° 07**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°………………………………………………………..….……………………

DECLARO BAJO JURAMENTO NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS, por adeudar tres (3) cuotas, sucesivas o no, de obligaciones alimenticias establecidas en sentencias consentidas o ejecutoriadas, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, o por adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, durante el proceso judicial de alimentos que no han sido cancelados en periodo de tres (3) meses desde que son exigibles, los que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.

Lircay, día …………. del mes de ……………….de.20……

Firma:…………………………………………………

DNI : …………………………………………………

Huella Digital

**ANEXO Nº 08**

**DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO (D.S N° 034-2005-PCM)**

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

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE: (Marcar con un aspa según corresponda).

SI ( ) NO ( ) tener conocimiento que en la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud de Angaraes, se encuentran laborando mis parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar a la entidad.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parientes: Cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia | Órgano / Unidad Orgánica | Apellidos | Nombres |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Lircay, día …………. del mes de ……………….de.20

Firma:…………………………………………………

DNI : …………………………………………………

Huella Digital

**ANEXO Nº 09**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON PROCESOS ADMINISTRATIVOS DISCIPLINARIOS**

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

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:  **No contar a la actualidad con sanción de procesos administrativos disciplinarios (PAD) en ninguna institución pública a nivel nacional, En caso contrario adherirme según la norma competente.**

Lircay, día …………. del mes de ……………….de.20

Firma:…………………………………………………

DNI : …………………………………………………

Huella Digital