

**ACTA DE CANCELACION DE CONVOCATORIA**

**ÍTEM 2.1 DEL PROCESO CAS N° 001 -2019/GOB.REG.HVCA/CPSP-CAS.**

**“CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE UN ASISTENTE ADMINISTRATIVO – DIRECCIÓN REGIONAL DE CAMÉLIDOS SUDAMERICANOS.”**

En Huancavelica, a los quince días del mes de marzo de 2019, Siendo las once horas, se reunió en la Oficina de Gestión de Recurso Humanos del Gobierno Regional de Huancavelica, los miembros del Comité de Selección de Personal –CAS, designado mediante Resolución Gerencial General Regional N° 216-2019/GOB.REG.HVCA/GGR de fecha de 15 de febrero de 2019, con la finalidad de evaluar el INFORME N°105-2019-GOB.REG.HVCA/GRDE-DIRCAMS; remitido por la DIRECCION REGIONAL DE CAMELIDOS SUDAMERICANOS, en el cual solicita cancelar el **ÍTEM 2.1 DEL PROCESO CAS N° 001 -2019/GOB.REG.HVCA/CPSP-CAS** de la DIRECCIÓN REGIONAL DE CAMÉLIDOS SUDAMERICANOS, en los términos que dicho documento contiene.

En ese sentido, luego del debate correspondiente el Comité de selección de personal -CAS acordó por unanimidad **CANCELAR** el **ÍTEM 2.1 DEL PROCESO CAS N° 001 -2019/GOB.REG.HVCA/CPSP-CAS** de la DIRECCIÓN REGIONAL DE CAMÉLIDOS SUDAMERICANOS, sin responsabilidad de la Entidad, a fin de no afectar los intereses y expectativas de los potenciales participantes, por encontrarse dentro de uno de los supuestos de Cancelación del Proceso de Selección de las bases del PROCESO CAS N° 001 -2019/GOB.REG.HVCA/CPSP-CAS, publicado el 11 de marzo de 2019 en el Portal Institucional y en concordancia con el Anexo 1 Instructivo del Modelo de Convocatoria para la Contratación Administrativa de Servicios aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011-SERVIR/PE de fecha 13 de setiembre de 2011.

Siendo las 12:30 m horas y no existiendo otros puntos a tratar, se levante la sesión, firmando en señal de conformidad los miembros del Comité de Selección.





DIRECCIÓN REGIONAL  
DE CAMÉLIDOS  
SUDAMERICANOS  
HUANCABELICA

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



INFORME N° 105 -2019/GOB.REG.HVCA/GRDE-DIRCAMS

A : Abog. MARITTE MARLENE YARASCA ROJAS  
Presidente de la Comisión de CAS

Asunto : SOLICITO CANCELACION DE CONVOCATORIA CAS ITEM 2.1.  
ASISTENTE ADMINISTRATIVO.

Fecha : Huancavelica, 14 de marzo del 2019.

\*\*\*\*\*

Me dirijo a usted, para solicitar la cancelación de la convocatoria CAS Item 2.1. correspondiente al Asistente Administrativo, de acuerdo al numera 07 de las bases del proceso de selección CAS N° 001-2019/GOB.REG.HVCA/CPSP-CAS-DIRCAMS, debido a que la persona que se encuentra trabajando en el mencionado puesto está amparada bajo la Ley N° 30667 Ley que protege a la mujer embarazada.

Para mayor sustento, adjunto:

- Adenda al Contrato CAS N° 141-2018.
- Carné de Control Materno Perinatal.

Es todo cuanto informo a usted, para su conocimiento y fines.

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA  
DIRECCION REGIONAL DE CAMÉLIDOS  
SUDAMERICANOS

*Fredy Canales Poco*  
Ing. Fredy Canales Poco  
DIRECTOR

C.c.  
Arch.  
FCP/\*

Reg. Doc: 1100205

Reg. Exp: 840713

## SEGUNDA A LA RENOVACIÓN (2019) CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS N° 141-2018-ORA/CAS

Conste por el presente documento la Segunda Adenda a la Renovación del Contrato Administrativo de Servicios N° 141-2018-ORA/CAS, que celebran, de una parte **EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA**, con Registro Único del Contribuyente N° 20486020882, con domicilio en Jr. Torre Tagle N° 336, representado por el Encargado de la Oficina Regional de Administración el: **C.P.C. Ronald German JURADO HINOSTROZA**, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 15749502, quien procede en uso de las facultades previstas en la Resolución Ejecutiva Regional N° 124-2019/GOB.REG.-HVCA/PR, a quien en adelante, se denominará **LA ENTIDAD**; y de la otra parte la **Sra. Sinthia Katerine Tatiana CONDORI DUEÑAS**, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 48061139 y Registro Único del Contribuyente N° 10480611395, con domicilio en la Av. Celestino Manchego Muñoz N° 1021 Barrio de Santa Ana, del Distrito, Provincia y Departamento de Huancavelica, a quien en adelante se le denominará **LA TRABAJADORA**, en los términos y condiciones siguientes:

### CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

El presente Contrato se celebra al amparo de las siguientes disposiciones:

- Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del D.L. 1057 y otorga derechos laborales.
- Ley N° 27815, Código de Ética de la Función Pública y normas complementarias.
- 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.
- Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 30879, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019.
- Decreto Legislativo 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (en adelante, "régimen CAS").
- Decreto Supremo 075-2008-PCM – Reglamento del Decreto Legislativo 1057, modificado mediante Decreto Supremo 065-2011-PCM.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011-SERVIR/PE
- Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 000002-2010-PI/TC, que declara la constitucionalidad del régimen CAS y su naturaleza laboral.
- Las demás disposiciones que regulan el Contrato Administrativo de Servicios.

### CLÁUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

Con fecha de 08 de agosto del 2018, **LA ENTIDAD** y **LA TRABAJADORA** suscribieron el Contrato Administrativo de Servicios N° 141-2018-ORA/CAS, con el objeto de que **LA TRABAJADORA** preste servicios a la **ENTIDAD** bajo el Régimen del Decreto Legislativo N° 1057 como: "ASISTENTE ADMINISTRATIVO DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE CAMELIDOS SUDAMERICANO DEL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA".

### CLÁUSULA TERCERA: RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Mediante Provéido de la solicitud de la servidora, la Directora de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos, ordena la atención del Contrato de la Sra. Sinthia Katerine Tatiana CONDORI DUEÑAS, por el espacio de Dos (02) meses, asimismo mediante proveído al documento indicado líneas arriba, el Director Regional de la Oficina de Administración y la Directora de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos, dispone su atención al Área de Escalafón en la elaboración la Segunda Adenda a la renovación del Contrato por el espacio de Dos (02) meses con efectividad a partir del 01 de Marzo del 2019 al 30 de Abril del 2019, por ende la ENTIDAD y LA TRABAJADORA acuerdan la renovación por el periodo indicado.

### CLÁUSULA CUARTA: VIGENCIA DE CLAÚSULA

La presente Adenda mantiene la vigencia de las demás cláusulas establecidas en el Contrato Primigenio.


### CLÁUSULA QUINTA: AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

El cumplimiento de la presente renovación será afectado a la Fuente de Financiamiento: Recursos Ordinarios, Meta Presupuestal 211.

En señal de conformidad y aprobación de las condiciones establecidas en el presente documento, **LA ENTIDAD** Y **EL TRABAJADOR** suscriben en la ciudad de Huancavelica a los, Quince (15) días del mes de febrero del 2019.

POR LA ENTIDAD

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA  
OFICINA REGIONAL DE ADMINISTRACIÓN

  
CPC. Ronald G. Jurado Hinostraza  
DIRECTOR REGIONAL DE ADMINISTRACIÓN (e)  
C.P.C. Ronald German JURADO  
HINOSTROZA

POR LA TRABAJADORA

  
Sra. Sinthia Katerine Tatiana  
CONDORI DUEÑAS



# PREPARANDONOS PARA EL PARTO / DIVULGACION (Plan de Parto)

FUR-26/11/13  
 FPP-02/09/19  
 DMS-4306/139  
 F.N. 23/08/1997  
 7.4. 972350947

NOMBRE DE LA GESTANTE: Condori Dora Sotelo  
 EDAD: 26 a H.C.L.: 19005 GRUPO SANGUÍNEO: G.P.: 2 V100  
 DIRECCIÓN (COMUNIDAD, SECTOR ANEXO): P. P. P. P.  
 DIRECCIÓN DE REFERENCIA: San Antonio MICRORRED: San Antonio  
 EE.SS.: Residencia de San Antonio TELEFONO DE LA COMUNIDAD: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO DEL EE.SS.: \_\_\_\_\_ FRECUENCIA DE RADIO DEL EE.SS.: \_\_\_\_\_

SESIONES PLAN DE PARTO		CARRO:	A PIE:
1	FECHA	INICIO DEL PLAN DE PARTO (I TRIMESTRE)	2do. DEL PLAN DE PARTO (II TRIMESTRE)
2	EDAD GESTACIONAL	3er DEL PLAN DE VISITA DOMICILIARIA (III TRIMESTRE)	
3	¿DONDE SE ATENDERÁ SU PARTO?		
4	¿QUIÉN DESEA QUE ATIENDA SU PARTO?		
5	¿EN QUE POSICIÓN PREFERE DAR SU PARTO?		
6	¿ACEPTARÍA IR A LA CASA MATERNA U OTRA CERCA DEL ESTABLECIMIENTO?		
7	¿SABE CUANDO DEBE IR A LA CASA MATERNA?		
8	¿REUNIÓN CON EL COMITE DE VIGILANCIA COMUNAL?		
9	¿COMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DE PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?		
10	¿QUIÉN AVISARA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO O PRESENCIA DE SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO?		
11	¿RECIBIÓ LA VISITA DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD?		
12	¿CUALES SON LAS SEÑALES DE ALARMA EN EL EMBARAZO? Vómitos frecuentes Dolor de cabeza o calentura pies, manos o cara hinchada Dolores antes de la fecha de parto pérdida de sangre o líquida por sus partes La Wawua no se mueve La Wawua esta atravesado OTROS: tos, infección urinaria, malaria, bartonelosis, etc.		
13	FIRMA DE LA GESTANTE		
14	FIRMA DE LA PAREJA, ACOMPAÑANTE O FAMILIAR		
15	FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA		
16	FIRMA DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD		
17	FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL COMITE DE VIGILANCIA COMUNAL / AUTORIDAD I y II		



¿QUE PERSONAS LAS ACOMPAÑARÍAN O AYUDARÍAN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	PARENTESCO	¿DONARÍA SANGRE SI FUESE NECESARIO?		DNI	FIRMA
		(SI)	(NO)		

¿QUE NECESITO PARA MI PARTO?

CARNET DE CONTROL PRE NATAL	ROPA PARA EL BEBE
CONTRATO DE AFILIACIÓN SIS	ROPA DE CAMBIO PARA LA MAMÁ
DNI:	FRAZADILLA SI TUVIERA

\*\*\*NOTA: ESTE PLAN DEBERÁ INICIAR EN LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL FIJANDO LAS VISITAS DOMICILIARIAS PARA TENER EL PLAN DE PARTO COMPLETO AL TERCER TRIMESTRE

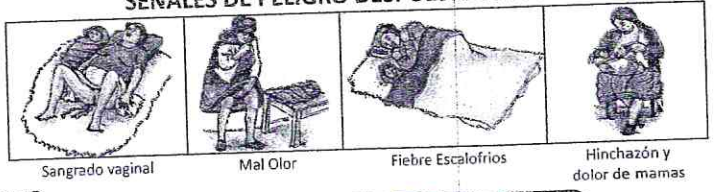
### SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO



### SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL PARTO



### SEÑALES DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO



### SEÑALES DE PELIGRO DEL RECIÉN NACIDO



Si tu o tú bebé tienen alguna señal de peligro acude rápidamente al establecimiento de salud

Apellidos y Nombres: Cordori Quonas Synthia Establecimiento: C.S. Sta Ana

Establ. Origen:  No Aplica  Referencia Tipo Seguro:  SIS  ESSALUD  PRIVADO Código Afiliación Seguro: 1302-48061139

Fecha de nacimiento: 23/08/1992 Ocupación: Contadora Edad: 26

Dirección: Pic Roma s/n Estudios:  Analfabeta  Primaria  Secundaria  Superior  Superior No Univ. aprobados 5 Años 5

Localidad: Sta Ana Cod. Sector: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Casada  Conviviente  Soltera  Otro DNI: \_\_\_\_\_ Padre RN: Denis Ruiz Quirope

Departamento: Huaca Provincia: Huaca Teléfono: 972350847 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Obstétricos**

Diagrama de antecedentes obstétricos:

- Gestas: 01
- Abortos: 00
- Vaginales: 00
- Cesáreas: 01
- Nacidos vivos: 01
- Muerto - 1ra. semana: 00
- Nacidos muertos: 00
- Después - 1ra. semana: 00
- Viven: 01
- Partos: 01
- RN de mayor peso: 3800 g

**Gestación Anterior**

Fecha 19/11/2015

**Terminación**

Parto Vaginal	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input checked="" type="checkbox"/>
Aborto	<input type="checkbox"/>
Ectópico	<input type="checkbox"/>
Aborto molar	<input type="checkbox"/>
No Aplica	<input type="checkbox"/>

**Si fue aborto: Tipo de Aborto**

Incompleto	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>
Frustró/Retenido	<input type="checkbox"/>
Séptico	<input type="checkbox"/>
No Aplica	<input checked="" type="checkbox"/>

**Lactancia Materna**

No hubo	<input type="checkbox"/>
< 6 meses	<input type="checkbox"/>
6 meses o más	<input checked="" type="checkbox"/>
No aplica	<input type="checkbox"/>

**Lugar del parto**

Domic. (No aplic.)	<input checked="" type="checkbox"/>
Donat.	<input type="checkbox"/>

Captada: Si  No  Referida: X Ag. Comuni Si  No

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

**Antecedentes Familiares**

Ninguno  Malaria   
Alergias  Hipertensión Arterial   
Enf. Hipertens. Emb.  Hipotiroidismo   
Epilepsia  Padre: Neoplasia   
Diabetes  TBC Pulmonar   
Enferm. Congénitas  Otros   
Emb. Múltiples

**Antecedentes Personales**

Ninguno  Eclampsia   
Aborto habitual/recurrente  Enferm. Congénitas   
Alcoholismo  Enferm. Infecciosas   
Alergia a medicamentos  Epilepsia   
Violencia  Hemorra. Postparto   
Asma Bronquial  Hipertensión Arterial   
Cardiopatía  Coca   
Cirugía Pélv.-uterina  Infertilidad   
Diabetes  Neoplasias  Transform. mentales   
Otras Drogas

**Vac. Previas**

Rubeola Si  No   
Hepatitis B Si  No   
Papiloma Virus Si  No   
Fiebre Amarilla Si  No

**Peso y Talla**

Peso Habitual: 58 kg (300)  
Talla: 149 cm

**Antitetánica**

Nº Dosis Previa 0 Dosis  Sin dosis  No Aplica   
1ra. mes de gestación   
2da. mes de gestación

**Tipo de Sangre**

Grupo: A  B  AB  O   
Rh: Rh(+)  Rh(-) Ser Desc.  Rh(-) No Ser  Rh(-) Ser

**Fuma**

Cigarros / día 0

**Drogas**

Si  No

**Fecha Última Menstruación**

FUM: 26/11/2018 Duda: Si  No   
EG.(Ecografía) 09 Sem. Fecha 23/01/2019  
No Aplica   
Fecha Probable de Parto: 02/09/2019

**Hospitalización**

Hospitalización: Si  No   
Fecha: / /  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
CIE10: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Emergencia**

Fecha: / /  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
CIE10: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Violencia / género**

Ficha Tamizaje Si  No   
Violencia Si  No   
Fecha: 02/02/2019

**Exámenes de Laboratorio**

	Hg (%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<u>12.4</u>	<input type="checkbox"/>	<u>07/02/19</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Hemoglobina 2:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Hemogl. al Alta:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Glicema 1:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Glicema 2:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Tolerancia Glucosa:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VDRL/RPR 1:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VDRL/RPR 2:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
FTA Abs:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
TPHA:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Prueba Ráp. Sifilis:		<input checked="" type="checkbox"/>	<u>07/02/19</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VIH Prueba Ráp.1:		<input type="checkbox"/>	<u>07/02/19</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VIH Prueba Ráp.2:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
ELISA:		<input type="checkbox"/>	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

IFI / Western Blot:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
HTLV I:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
TORCH:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Gota Gruesa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Malaria Prueba Ráp:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Fluorec. Malaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Ex. Comp. Orina:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>07/02/19</u>
Leucocituria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Nitritos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Urocultivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
BK en Espujo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>07/02/19</u>
Listeria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Tamizaje Hepatitis B:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>07/02/19</u>

PAP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
IVAA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Colposcopia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

**Exámen Físico**

Clínico:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamas:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuello Uterino:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelvis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odont.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL