

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA

**GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA**  
**UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA**

PROCESO CAS TRANSITORIO N° 006-  
2023/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

**BASES**



*[Handwritten signature]*  
Lic. *[Handwritten name]*  
C.B.P. 9001



GOBIERNO REGIONAL DE  
**HUANCVELICA**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS –  
CAS TRANSITORIO 2023

“CONVOCATORIA CAS TRANSITORIO - 2023”.

JULIO – 2023

*[Handwritten signature]*  
Lic. *[Handwritten name]*  
C.E.P. 60360

# CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

## CAS TRANSITORIO N° 006-2023/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

### CAPITULO I

#### GENERALIDADES

La presente Base norma el Procedimiento del Proceso para la selección y Contratación Administrativa de Servicios, previsto por el Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen especial CAS de Selección Abierta para profesionales, técnicos y auxiliares de la salud y administrativos y otros en la condición de Contrato CAS en el ámbito de la Unidad Ejecutora de la 007 - Salud Huancavelica.

#### ENTIDAD CONVOCANTE

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

#### DOMICILIO LEGAL

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

#### 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 2023 de la Red Integrada de Salud - Huaytará, el cual está reconocido mediante la Resolución Gerencial Sub Regional N° 051-2023/GOB.REG.HVCA/GSR-H/G, de fecha 08 de febrero de 2023.

#### 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.

#### FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Rubro : Recursos Ordinarios

#### REGIMEN DE CONTRATACION

Los postulantes seleccionados serán contratados dentro de la excepcionalidad de necesidad transitoria en el marco de la Ley 31131 - Ley que establece disposiciones para erradicar la discriminación en los regímenes laborales del sector público; en concordancia con el análisis del Informe Técnico N° 000357-2021-SERVIR-GPGSC, numeral 2.17.

#### 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° 31638 - Ley del Presupuesto del Sector Público año fiscal 2023.  
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.

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.

Decreto Supremo N° 018-2007-TR-Disposiciones relativa al uso del documento denominado

Ley N° 31131 – Ley que establece disposiciones para erradicar la discriminación en los regímenes laborales del sector público.

Resolución Gerencial Sub Regional N° 051-2023/GOB.REG.HVCA/GSR-H/G, de fecha 08 de febrero de 2023.

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

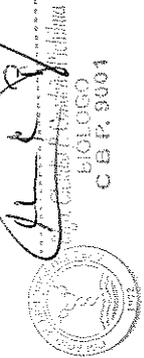
## CAPITULO II

### CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO.

CONVOCATORIA		
1	Publicación de Convocatoria en el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica.	21 de julio de 2023
2	Publicación de Convocatoria en el portal web de TALENTO PERÚ - servir.	21 de julio de 2023
3	Presentación curricular por mesa de partes de la Gerencia Sub Regional Huaytará, Calle Municipalidad S/N – Huaytará	31 de Julio de 2023. de 08:00 a.m. a 01:00 p.m.
SELECCIÓN		
4	Evaluación Curricular	31 de Julio a partir de 03:00 p.m.
5	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular	31 de Julio de 2023 a partir de las 05:00 p.m.
6	Presentación de Recursos de Reconsideración	01 de Agosto de 08:00 a.m. a 09:00 a.m.
7	Absolución de Recursos de Reconsideración	01 de Agosto de 10:00 a.m. a 11:00 a.m.
8	Publicación del cuadro de Méritos Final de Evaluación curricular	01 de Agosto de a partir de las 12:00 p.m.
9	Entrevista Personal: Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	01 de Agosto de a partir de las 03:00 p.m.
10	Publicación de resultados de la Evaluación entrevista personal	01 de Agosto de a partir de las 04:30 p.m.
11	Publicación de Cuadro de Méritos Final	01 de Agosto de a partir de las 05:00 p.m.
12	Adjudicación de Plazas: Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	01 de Agosto de a partir de las 05:30 p.m.
INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCIÓN DE CONTRATO		
14	Inicio de labores del Personal asistencial.	02 de Agosto de 2023

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

**CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO:**



CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Duración del contrato:	- <b>Inicio</b> : 02 de Agosto de 2023 - <b>Término</b> : 31 de Diciembre de 2023
Otras condiciones esenciales del contrato	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. No haber renunciado en los últimos 03 meses a un puesto y/o cargo en la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará. No haber tenido juicios y/o denuncias contra la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará. En caso de haber laborado en la unidad Operativa Red de Salud Huaytará contar con el Acta de entrega de cargo No tener procedimiento administrativo disciplinario.



**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 - 2023, conforme al siguiente detalle:

Señores:  
GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ  
Comité de Evaluación 2023.  
**PROCESO CAS N° 006-2023/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 Red Integrada de Salud Huaytará, con excepción del título profesional, 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

*[Handwritten signature]*  
BIVALENTE  
C.D.P. 9001

*[Handwritten signature]*  
Lic. Dr. Gustavo Alvarado Lopez  
C.E.P. 02600

## SOBRE CURRICULAR:

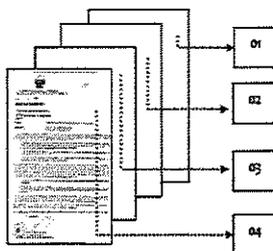
Documentación de presentación obligatoria:

- a) Solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará (con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS-2023), 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.
- c) Copia del Título Profesional 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.
- 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 los últimos tres meses, a un Puesto y/o Centro de Salud, en La Unidad Operativa Red De Salud Huaytará. No contar con documentos de llamada de atención y/o incumplimiento de funciones el postulante que tenga dicho documento no será admitido.
- 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° 002-2023/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) Al momento de la adjudicación deberán de presentar el original del título profesional.

### 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:



- 3) Los postulantes con discapacidad que presenten el Certificado de CONADIS tendrán la Bonificación del 15% del puntaje final obtenido.

## 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 Curriculum Vitae:**

Formación Profesional y Capacitación.

Experiencia Laboral.

Méritos y/o Funciones Asignados.

Se verificará que el Curriculum vitae cumpla con los requerimientos mínimos de la presente base, de observarse documentos con enmendadura, 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.

#### DEBERÁ TOMARSE EN CUENTA LO SIGUIENTE:

Se considerará admitido a todo postulante que acredite cumplir con el perfil solicitado.

**Será descalificado aquel postulante:**

Que omita con presentar alguno de los documentos que debe contener el sobre curricular.

Que presente documentos dudosos.

Que no cumpla con los requisitos solicitados.

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), Resoluciones 276 y Contratos por Locación de Servicios, 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:

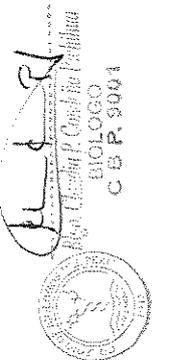
En dicha entrevista se considerará los criterios como son: **ASPECTO PERSONAL Y PUNTUALIDAD - SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EMOCIONAL** (10 puntos), **RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y EXPERIENCIA PROFESIONAL** (15 puntos), **CAPACIDAD DE PERSUASION Y TOMA DE DECISIONES** (05 puntos) y **CONOCIMIENTO DE CULTURA GENERAL**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

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.

La entrevista se podrá realizar en forma grupal o individual de acuerdo a la cantidad de postulantes o competencias personales requeridas para el puesto. Si dos o más convocatorias solicitan el mismo tipo de competencias por la similitud de los puestos, estas podrán ser agrupadas.

Con respecto a los puntajes en la Etapa de Entrevista Personal:

- El puntaje máximo aprobatorio es de **40** puntos.
- El puntaje mínimo aprobatorio es de **28** puntos.



En el caso de que algún postulante obtenga un puntaje inferior al puntaje mínimo aprobatorio, el postulante quedará DESCALIFICADO.

En el caso de que todos los postulantes obtengan un puntaje inferior al puntaje mínimo aprobatorio, la convocatoria será declarada DESIERTA.

Si el postulante no se presenta a la etapa de Entrevista Personal en el lugar, la fecha y hora señalada, se le considerará como retirado del proceso de selección.

Adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.

Por lo tanto, es responsabilidad exclusiva del postulante cumplir con lo anteriormente señalado, a fin de obtener la bonificación respectiva.

### **BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD**

Se otorgará una bonificación por Discapacidad del quince por ciento (15%) sobre el Puntaje Total obtenido, siempre que el postulante cumpla obligatoriamente con los siguientes requisitos:

1. Indicar en su Ficha de Postulación su condición de DISCAPACITADO, con su respectivo número de folio.
2. Adjuntar copia simple del documento del carnet de discapacidad y/o resolución emitida por el CONADIS. Por lo tanto, es responsabilidad exclusiva del postulante cumplir con lo anteriormente señalado, a fin de obtener la bonificación respectiva.

### **BONIFICACIÓN PARA EL PERSONAL LICENCIADO DEL SERVICIO MILITAR NO ACUARTELADO DE LAS FUERZAS ARMADAS Ley N° 29248**

El personal licenciado del servicio militar no acuartelado de las Fuerzas Armadas cuenta con el beneficio de una bonificación del diez por ciento (10%) en los concursos para puestos de trabajo en la Administración Pública. El postulante que hubiese acreditado documentalmente esta condición y supere las etapas del concurso debe recibir una bonificación de diez por ciento (10%) en la última etapa (entrevista).

Bonificación de diez por ciento (10%) en concursos para puestos de trabajo en la administración pública. Los postulantes deben presentar la L.M. del Ministerio de Defensa, Certificado de especialidad del Ministerio de Defensa, constancia de servicio militar.

### **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

-Los resultados parciales y finales se publicarán en el mural 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.

### **ADJUDICACIÓN DE PLAZAS**

La adjudicación de plazas será en estricto orden de mérito.

### **DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

El ganador deberá tomar posesión del cargo desde el día de inicio de labores 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: 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.**

**TODOS LOS PARTICIPANTES DEBERAN ESPECIFICAR EL CODIGO DE LA PLAZA A POSTULAR CASO CONTRARIO SERA CAUSAL DE DESCALIFICACION.**



Ms. Claudia P. Córdova Pineda  
BIÓLOGO  
C.B.P. 30001



Lic. José. Cisneros Arango Jajo  
C.E.P. 02600

## CARACTERISTICAS DEL PUESTO

PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LA RED INTEGRADA DE SALUD DE HUAYTARA								
PROCESO CAS N° 005-2023/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP								
ITEM	CARGO	CODIGO	AREA LABORAL	CANT.	MENSUAL S/.	PROGRAMA PRESUPUESTAL	META	PLAZO DE CONTRATO
01	MEDICO CIRUJANO	COD. N° 001	P. S. QUITO ARMA	1	5,200.00	9002. ACCIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTEN EN PRODUCTO	0095	05 MESES
TOTAL DE PLAZAS				01				

### **CONDICIONES DE TRABAJO.**

Las condiciones de trabajo, se rige de acuerdo a la normatividad CAS vigente y sus modificatorias.

El personal Asistencial 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 de 2023 al 31 de Diciembre de 2023

### **FORMA DE PAGO**

Al finalizar el mes trabajado, previa presentación de informes de actividades.



Handwritten signature and stamp of the Director of Human Resources, Gustavo Zacarias Antonie, with the text "C.E.P. 3661".



Handwritten signature and stamp of the Director of Human Resources, Gustavo Zacarias Antonie, with the text "C.E.P. 3661".

**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>COD. N°001</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	MÉDICO CIRUJANO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	MÉDICO CIRUJANO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	RED DE SALUD DE HUAYTARÁ	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	P.S. QUITO ARMA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CUMPLIR CON LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL; ASÍ COMO TAMBIÉN ACCIONES PARA FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES SIS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	SUPERVISAR LA APLICACIÓN ADECUADA DEL TRATAMIENTO MÉDICO ESTABLECIDO PARA EL PACIENTE DE ACUERDO A NORMAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN APROBADA; TANTO EN LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS COMO POR ETAPAS DE VIDA.	
2	EXAMINAR, DIAGNOSTICAR Y PRESCRIBIR TRATAMIENTOS MÉDICOS.	
3	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PREVENCIÓN DE LA SALUD Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD ASÍ COMO EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	
4	DETECTAR OPORTUNAMENTE MORBILIDADES EN EL NIÑO; ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ADULTO MAYOR.	
5	PARTICIPAR EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE INVESTIGACIÓN DEL PERSONAL DE SU CARGO PROGRAMADOS POR EL ESTABLECIMIENTO.	
6	REALIZAR ANÁLISIS SITUACIONAL Y DETERMINACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES, BROTES EPIDÉMICOS Y DE AQUELLOS DAÑOS QUE PUEDAN SIGNIFICAR AMENAZAS A LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN SU ÁMBITO.	
7	GARANTIZAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE SU JURISDICCIÓN.	
8	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS, PROYECTADO A FAVOR DE LA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS (PPR).	
9	GARANTIZAR LA ATENCIÓN ADECUADA DE LAS IRAS Y SUS COMPLICACIONES IDENTIFICANDO CASOS DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS, EDAS Y SUS COMPLICACIONES, PARASITOSIS INTESTINAL, ANEMIAS Y OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA.	
10	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SIS	
11	PARTICIPAR EN CAMPAÑAS DE MEDICINA PREVENTIVA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD ASÍ COMO LAS VISITAS DOMICILIARIAS EFECTIVAS PRIORIZANDO EN EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL Y MATERNO NEONATAL.	
12	ELABORAR HISTORIAS CLÍNICAS, EXPEDIR CERTIFICADOS DE NACIMIENTOS, DEFUNCIONES Y OTROS QUE SE ENCUENTREN ESTABLECIDOS EN LAS NORMAS VIGENTES.	
13	GARANTIZAR EL REGISTRO DE DATOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIS, FUAS, SIS, SIEN, HECHOS VITALES, SISMED, NOTI, SIP 2000 PADRÓN NOMINADO DE NIÑOS Y NIÑAS, GESTANTES, RECURSOS HUMANOS ENTRE OTROS)	
14	IMPLEMENTAR Y/O FORTALECER LA GESTIÓN DE LA CALIDAD MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE REGISTROS.	
15	ATENCIÓN DEL PARTO, MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES; ATENCIÓN DEL PUERPERIO, ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA MÁS FRECUENTES, DIAGNÓSTICO Y MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS/VIH.	
16	DESARROLLO DE ESTRATEGIAS QUE FOMENTEN EL INCREMENTO DE PARTOS INSTITUCIONALES , ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS , ASÍ COMO EL ADECUADO SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA DE GESTANTES Y RECIÉN NACIDOS Y TENER UN CONOCIMIENTO ADECUADO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	
17	REALIZAR LA ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN LOS TIPOS DE CÁNCER PRIORIZADOS	



*[Handwritten signature]*  
 Lic. Carolina C. Condorec Huallpa  
 BIÓLOGO  
 C.B.P. 9001



*[Handwritten signature]*  
 Lic. Carlos Augusto Arango Rojas  
 C.B.P. 02000

18	GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD.
19	GARANTIZAR EL TRABAJO ARTICULADO CON LAS AUTORIDADES E INSTITUCIONES LOCALES.
20	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.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?				
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER	<b>MEDICO CIRUJANO</b>				
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA					<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MAESTRIA	<input type="checkbox"/>				
				EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				DOCTORADO	<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 ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL
- CONOCIMIENTO EN AIEPI COMUNITARIO Y/O CLÍNICO

**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.

**INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:**

- ACREDITAR CAPACITACIÓN EN EMERGENCIAS.
- ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.
- DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA Y OTROS



Dr. Claudia P. Cordero  
BIÓLOGO  
C.B.P. 9001



L.C. Enl. Gustavo Amigo Jayo  
C.E.P. 82500

**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.

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

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

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

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

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276 (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**:

X

**sí**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

**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 (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



Handwritten signature and stamp of Claudio P. Comas, Biólogo, C.E.P. 8004.



Handwritten signature and stamp of Lic. Drif. Guisvando Jayo, C.E.P. 802600.

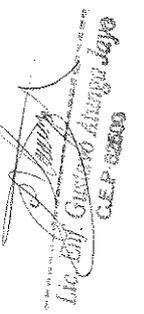
## EVALUACION CURRICULAR (60 PTOS)

CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES DE LA SALUD CON FUNCIÓN ASISTENCIAL	PUNTAJE MAXIMO
<b>EVALUACION CURRICULAR</b>	<b>60</b>
<b>1. INFORMACIÓN:</b>	<b>25</b>
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	20
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACION	2
CONSTANCIA DE TERMINO DE ESPECIALIZACION	1
CERTIFICADO DE MAESTRIA CON TITULO	3
CONSTANCIA DE TERMINO DE MAESTRIA	1.5
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PUBLICO, MAXIMO HASTA 5 ANOS (3 PUNTOS POR AÑO)	15
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PRIVADO, MAXIMO HASTA 5 ANOS (1.5 PUNTOS POR AÑO)	7.5
<b>3. CAPACITACIÓN</b>	<b>12</b>
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 90 HORAS EN CAPACITACIÓN DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS A LA FECHA DE LA EVALUACIÓN CURRICULAR).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (0.5 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 24 HORAS EN CAPACITACIÓN Y/O DE DOS DÍAS A MÁS DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS A LA FECHA DE LA EVALUACIÓN CURRICULAR).	6
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/FELICITACIONES (0.5 PUNTO C/U MÁX. 6)	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.

FACTORES A EVALUAR	TOTAL
<b>I. ASPECTO PERSONAL Y PUNTUALIDAD - SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EMOCIONAL</b> 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.
<b>I. CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL</b> 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.
<b>II. CAPACIDAD DE PERSUACION Y TOMA DE DECISIONES</b> 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.
<b>IV. CONOCIMIENTO DE CULTURA GENERAL</b> MIDE LA MAGNITUD DE LOS CONOCIMIENTOS DEL POSTULANTE RELACIONADOS CON EL CARGO, LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD CULTURA GENERAL.	10 MÁX.
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>40</b>

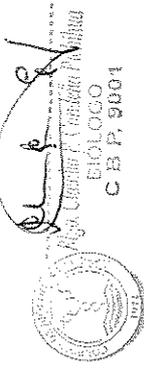


**ANEXO N° 01**  
**CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE**

SEÑORES:  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS**  
**N° 006-2023/GOB.REG.HVCA/ GSRH/CEP.**

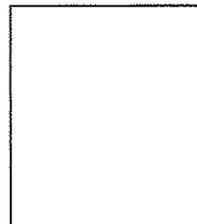
PRESENTE -

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



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

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE JULIO DE 2023



FIRMA

HUELLA  
DIGITAL

DNI N°: \_\_\_\_\_

ANEXO N° 01

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	Gerencia Sub Regional Huaytará	Foto actualizada
<h2>Ficha Única de Datos</h2>		

El Comité de la Convocatoria CAS de la Gerencia Sub Regional, solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

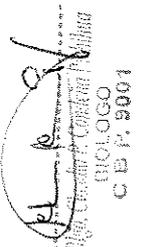
**DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres:			
DNI N°		RUC N°	
Fecha de nacimiento	/ /	Distrito-Provincia-Departamento	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo	
Enfermedades /Alergias			
En caso de emergencia contactar a:			
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente		
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales		

**DOMICILIO**

Tipo de Vía (marcar con "X")  
 Avenida    Jirón    Calle    Pasaje    Alameda    Malecón    Óvalo  
 Parque    Plaza    Carretera    Trocha    Otros: Especificar

Nombre de la vía :	Número :	
	Interior :	



**Tipo de Zona (marcar con "X")**  
 Urbanización  Pueblo Joven  Unidad Vecinal  Conjunto Habitacional  
 Asentamiento Humano  Cooperativa  Residencial  Zona Industrial  
 Grupo  Caserío  Fundo  Otros especificar

Nombre de la zona:	Número :			
	Interior :			
Ubicación geográfica:	Departamento	Provincia		
		Distrito		
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)				
<b>DATOS FAMILIARES</b>				
Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
<b>DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS</b>				
Profesión				
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura		
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado	/ /	N° de Colegiatura		
<b>Estudios Superiores (Universitario - Técnico)</b>				
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/ Estudiante)*	
		/		
		/		
		/		
		/		



*[Handwritten signature]*  
 Lic. Gustavo Alvarado Jirón  
 BIÓLOGO  
 C.B.P. 9001



*[Handwritten signature]*  
 Lic. Lina Guisado Alvarado Jirón  
 C.B.P. 62828

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)**

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magíster/Doctorado/ Egresado/ Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**Especialización - Diplomados**

Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**Cursos - Seminarios**

Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**IDIOMAS**

Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado



*Handwritten signature*  
 Lic. Gustavo P. Castañeda Medina  
 BIÓLOGO  
 C.E.P. 9001



*Handwritten signature*  
 Lic. Enj. Gustavo Alvaro Jara  
 C.E.P. 62500





REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES

SI

NO

TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)

SI

NO

ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)

SI

NO

ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)

SI

NO

ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE

SI

NO

ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO

SI

NO

TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794

SI

NO

TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS.

SI

NO

SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO

SI

NO

PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ÓRGANOS COLEGIADOS

SI

NO

LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Fecha

    /    /      
DIA    MES    AÑO

Firma:

ANEXO N° 02  
CARTA DE DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS  
N° 006-2023/GOB.REG.HVCA/ GSRH/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° 06-2023/GOB.REG.HVCA/GSR-H/CEP. DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

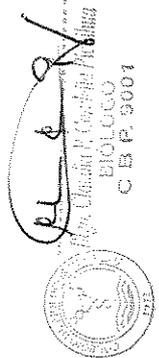
- QUE CUMPLIRE CON LAS PRESTACIONES A MI CARGO RELACIONADAS AL OBJETO DE LA  
CONTRATACION.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE JULIO DE 2023

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_

HUELLA  
DIGITAL



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

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS**  
**N° 006-2023/GOB.REG.HVCA/ GSRH/CEP**

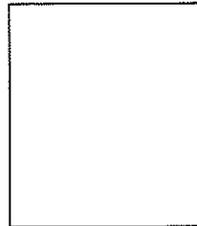
**PRESENTE.-**

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° 06-2023/GOB.REG.HVCA/GSR-H/CEP. DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

- QUE NO ME ENCUENTRO INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.

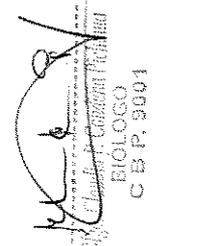
HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE JULIO DE 2023



FIRMA

HUELLA  
DIGITAL

DNI N°: \_\_\_\_\_



ANEXO N° 04

LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIÓN DE DOBLE PERCEPCIÓN

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS  
N° 006-2023/GOB.REG.HVCA/ GSRH/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° 06-2023/GOB.REG.HVCA/GSR-H/CEP. DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

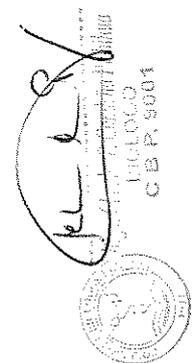
- ⊗ QUE NO ME ENCUENTRO INMERSO DENTRO DE LA INCOMPATIBILIDAD DE INGRESOS ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO N° 7 DEL DECRETO DE URGENCIA N° 020-2006 "NORMAS DE AUSTRIDAD Y RACIONALIDAD EN EL GASTO PÚBLICO", EL CUAL PRECISA QUE EN EL SECTOR PÚBLICO NO SE PODRÁ PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN Y PENSIÓN, 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 N° 28175 - LEY MARCO DEL EMPLEO PÚBLICO.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE JULIO DE 2023

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_

HUELLA  
DIGITAL



**ANEXO N° 05  
LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS  
N° 006-2023/GOB.REG.HVCA/ GSRH/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° 06-2023/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.

**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:

	RELACION	APELLIDOS Y NOMBRES	OFICINA DONDE PRESTA SERVICIOS
1			
2			
3			

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE JULIO DE 2023

\_\_\_\_\_  
 FIRMA

\_\_\_\_\_  
 DNI N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 HUELLA DIGITAL



BIÓLOGO  
 C.B.P. 9801



BIÓLOGO  
 C.B.P. 02500

**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° 006-2023/GOB.REG.HVCA/ GSRH/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° 06-2023/GOB.REG. HVCA/ GSR-H/CEP. DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

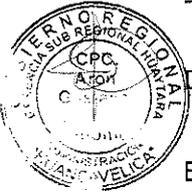
➤ GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE JULIO DE 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
HUELLA  
DIGITAL



**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° 006-2023/GOB.REG.HVCA/ GSRH/CEP.**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

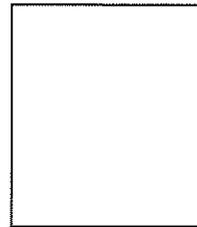
EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON DNI  
N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 06-2023/GOB.REG.HVCA/GSR-H/CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO

- **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 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL



*[Handwritten signature]*  
FOTOCOPIADO  
C.B.P. 9001



*[Handwritten signature]*  
Lic. Lic. Gustavo Amigo Jara  
C.E.P. 62509

**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° 006-2023/GOB.REG.HVCA/ GSRH/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° 06-2023/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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

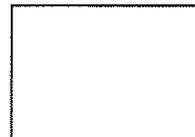
**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD  
(MARQUE CON UN "X" LA RESPUESTA)**

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE JULIO DE 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL

