



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA

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

BASES

CONCURSO PUBLICO.

**CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS**

CAS N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

CALLE: MUNICIPALIDAD S/N. HUAYTARÁ-HUANCVELICA.

2016



CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

CAS N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

CAPITULO I

I. GENERALIDADES

1. ENTIDAD CONVOCANTE

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

2. DOMICILIO LEGAL

Calle Municipalidad s/n, Huaytará, Huaytará, Huancavelica.

3. OBJETO DE LA CONVOCATORIA.

Personal de Salud para la Atención de Servicios de Salud, para cubrir las plazas previstas en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP), aprobada mediante Ordenanza Regional N° 315-2015/GOB.REG.HVCA/CR.

4. DEPENDENCIA A CARGO DE LA CONTRATACION

Comité Especial Permanente de CAS Año Fiscal 2016

5. COSTO TOTAL DEL SERVICIO

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

6. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Rubro : Recursos Ordinarios

CRITERIO DE CALIFICACION DEL PERSONAL

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

7. BASE LEGAL.

- ✓ Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- ✓ Ley 32081, 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°30372, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016.
- ✓ D.L.Leg.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.
- ✓ LeyN°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 DS.Nº089-2006-PCM.
 - ✓ LeyNº27815 Código de Ética de la Función Pública.
 - ✓ DS. Nº054-99-EFTEXTOÚnicoOrdenadodela Ley del Impuesto a la Renta.
- Las referidas normas incluyen sus respectivas disposiciones ampliatorias, modificatorias y conexas, de ser el caso.

CAPITULO II

2*.1. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO.

1	Publicación de la convocatoria en el Portal Web del Gobierno Regional.	Del 03 de Octubre de 2016 al 07 de Octubre de 2016
2	Presentación curricular, en Mesa de Partes de la Gerencia Sub Regional de Huaytara	10 de Octubre del 2016 De 08:30 a 16:00 horas
SELECCIÓN		
3	Evaluación y Publicación de Resultados de la Evaluación de Currículo Vitae	10 de Octubre de 2016 17:00 horas
4	Recepción de Solicitudes de Reclamos de Evaluación de Currículo Vitae	11 de Octubre de 2016 De 08:00 horas a 09:00 horas
5	Absolución de Reclamos de Evaluación de Currículo Vitae	11 de Octubre de 2016 De 09:00 a 10:00 horas
6	Publicación del Cuadro de Méritos Final de Evaluación de Currículo Vitae	11 de Octubre de 2016 11:00 horas
7	Entrevista personal	11 de Octubre de 2016 De 11:30 a 14:30 horas
8	Publicación del Cuadro de méritos final	11 de Octubre de 2016 De 16:30 horas
9	Adjudicación de plaza	11 de Octubre de 2016 De 17:00 horas
10	Firma del contrato	12 de Octubre de 2016
INICIO DE LABORES		
11	Inicio de labores	12 de Octubre de 2016 08:00 horas

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

2.2. DOCUMENTACION A PRESENTAR:

Lugar y horario de presentación de propuesta:

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Duración del contrato	- Inicio : 12 de Octubre de 2016 - Término : 31 de Diciembre de 2016
Otras condiciones esenciales del contrato	-No tener impedimentos para contratar con el Estado. -No tener antecedentes judiciales, policiales ni penales ni tampoco en proceso judicial alimento u otro proceso. - No tener sanción por falta administrativa vigente. - No tener Vínculo Laboral bajo ninguna modalidad vigente con la Gerencia Sub Regional Huaytara

Forma de Presentación y Contenido de Propuestas:

El Curriculum VITAE se presentará en **sobre cerrado**, en cuya parte externa deberá indicar claramente el nombre completo del postulante y nombre de la plaza a la que está postulando y estará dirigido a la Comisión Especial de Evaluación CAS, conforme al siguiente detalle:

Señores:
GERENCIA SUBREGIONAL HUAYTARA

Comité de Evaluación 2016.

PROCESO CAS N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEE

Apellidos y Nombre Del Postulante:.....

Cargo al cual postula:.....

Puesto de Salud ()
AISPED ()

FOLIOS..... FIRMA.....

Los formatos podrán ser llenados por cualquier medio, incluyendo el manual, debiendo llevar la rúbrica del postulante.

2.2.1. Contenido del sobre:

Los documentos se presentarán en copias legibles debidamente foliadas y fedateados por el fedatario de la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará, con excepción del título y DNI que debe ser legalizado por la Institución de Origen o por el Notario Público.

SOBRE CURRICULAR

Documentación de presentación obligatoria:

- a) Solicitud dirigida al Comité de Evaluación, comunicando su deseo de participar en la Convocatoria, especificando el cargo al que postula.
- b) Copia del Documento de Identidad Nacional legalizado por notario.





- c) Copia del Título Profesional legalizado por notario público o la Institución de Origen.
- d) Resolución de término de SERUMS obligatorio (profesionales de Salud)
- e) Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente en original (indispensable)
- f) Constancias de No Adeudar Dinero, Documentos, Bienes Patrimoniales y Medicamentos; del último Establecimiento de Salud de Labor (Firmado por los Jefes Inmediatos de cada establecimiento) Obligatorio.
- g) Declaraciones Jurada de Datos del Postulante (Anexo N° 1)
- h) Declaración Jurada en la que el postulante declare que cumplirá con las prestaciones a su cargo relacionadas al objeto de la contratación. (Anexo N° 02)
- i) Declaración jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativo o judicialmente para contratar con el estado. (Anexo N° 03)
- j) Declaración Jurada en no tener parentesco con los miembros del comité de Evaluación de Contratación Administrativa N° 003-2015/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP (Anexo N° 04)
- k) Declaración Jurada de contar con Buena Salud Físico Mental (Anexo N° 05)
- l) Curriculum Vitae debidamente sustentado y documentado (Anexo N° 06)
- m) Ficha de Datos del Trabajador (Postulante) (Anexo N° 07)

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, de manera ascendente desde la primera página) Y ORDENADO**, caso contrario no serán considerados para la evaluación curricular.
- 3) Los informes técnicos de los jefes de EE.SS., Micro red, Red, que contengan observaciones, sanciones, amonestaciones, deudas u otros antecedentes negativos del postulante, serán recepcionados y tomados en cuenta por el comité en la fase de la evaluación curricular los cuales serán publicados en esta misma fase.
- 4) Los postulantes con discapacidad que presenten el Certificado de CONADIS tendrán la Bonificación del 15% del puntaje final obtenido.

2.3. EVALUACIÓN

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

- La Evaluación Curricular
- Entrevista Personal.

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

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

2.3.1. Evaluación del Sobre Curricular

Formación Profesional y Capacitación

- Experiencia Laboral
- Meritos y/o Funciones Asignados

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

PRIMERA ETAPA:

EVALUACIÓN DEL POSTULANTE

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

1ra. Etapa de Evaluación Curricular y de Competencia:

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



DEBERA TOMARSE EN CUENTA LO SIGUIENTE

1. Se considerará admitido a todo postulante que **acredite cumplir con el perfil solicitado** y podrán pasar a la etapa de entrevista personal
2. Será descalificado aquel postulante:
 - Que omita con presentar alguno de los documentos que debe contener el sobre curricular.
 - Que presente documentos dudosos.
3. Que no cumpla con los requisitos
4. Para efectos de las acreditaciones de capacitación y experiencia laboral, se tomará en cuenta diplomas, certificados, Contratos CAS y Resoluciones.

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: **puntualidad** (05 puntos), **presentación** (05 puntos) **conocimiento de las funciones al cargo al que postula** (20 puntos)

Y **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.

2.4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

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

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

2.5. DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

Dentro del plazo máximo de dos (02) días hábiles, contando a partir desde el mismo día de la adjudicación el ganador deberá tomar posesión de cargo, vencido dicho plazo, se procederá a notificar al que quedó elegible en segundo puesto en orden de mérito para que tome posesión de 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.

CAPITULO III
PLAZAS VACANTES PARA PROCESO DE CONVOCATORIA -2016

PROFESIONALES, TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS PARA LA RED DE SALUD DE HUAYTARA

PROCESO CAS N° 006 -2016/GOB.REG.HVCA/GSR-H-UORSH-CAS

N° PLAZA	COD. PLAZA	DESCRIPCION	AREA LABORAL	CANT.	MENSUAL S/.	FFTO.	PLAZO DEL CONTRATO
1	PAD-01	OPERADOR PAD	C.S. SANTIAGO DE CHOCORVOS	1	1,500.00	R.O - SIS	01/10/2016-31/12/2016

TOTAL DE PLAZAS A CONVOCAR	01	4,500.00
-----------------------------------	-----------	-----------------

✓ **CONDICIONES DE TRABAJO.**

- Las condiciones de trabajo, se rige de acuerdo a la normatividad CAS vigente y sus modificatorias.
- El personal de Asistencial y Administrativo será evaluado trimestralmente, 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**

De la suscripción del contrato del 01 de Octubre al 31 de Diciembre del 2016..

FORMA DE PAGO

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

✓ **ETAPAS DE LA SELECCIÓN**

Evaluación curricular y entrevista personal





FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Denominación: OPERADOR PAD
Nombre del puesto: OPERADOR PAD
Dependencia Jerárquica Lineal: UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA - CENTRO DE SALUD
Dependencia Jerárquica funcional: GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA
Puestos que supervisa: -

MISIÓN DEL PUESTO

DIGITACIÓN DEL SISTEMA ARFSIS Y AFILIACIÓN AL AUS PARA EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD DENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

FUNCIONES DEL PUESTO

- | | |
|----|---|
| 1 | Realizar el reporte semanal y mensualmente del padrón de afiliados AUS y coberturas de atenciones. |
| 2 | Manejo de información de personas calificadas como no elegibles por el SISFOH. |
| 3 | Entrega a cada EE.SS. de las fichas de recolección de datos observadas. |
| 4 | Cruce de información de la base de datos HIS-SIS, de las prestaciones realizadas en el marco de los convenios FED, SIS-AUS, PPR |
| 5 | Emitir reportes estadísticos acorde a lo solicitado por las diferentes estrategias de salud. |
| 6 | Ingreso de prestaciones administrativas en la base ARFSIS. |
| 7 | Asistencia técnica en coordinación con la jefatura sobre normativa vigente del SIS al personal de los EE.SS. |
| 8 | Realizar la digitación oportuna de las FUAS de los diferentes puesto de salud en un plazo no mayor 30 días calendarios el sistema de ARFSIS |
| 9 | Ingreso de fichas de Seguro Integral de salud en el Software ARFSIS FUAS. 250 FUAS por día como mínimo) |
| 10 | Cruce de Información con data SIS de Partos y Recién Nacidos por Establecimiento de Salud. |
| 11 | Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de informática de su jurisdicción |
| 12 | Levantar las observaciones de las FUA según reporte mensualmente del mundo IPRESS |
| 13 | Realizar y mantener periódicamente las copias de respaldo de los diferentes sistemas de información a su cargo. |
| 14 | Realizar análisis de los 14 indicadores prestacionales enmarcados el II Convenio de Gestión del Pago Capitado del Seguro Integral de Salud y el Gobierno Regional de Huancavelica |
| 15 | Contar con Información periódica actualizada, consolidada, consistente, oportuna, de calidad en físico y digital; de los diferentes sistemas de información en salud. |





Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

Todos los Establecimientos de Salud bajo su jurisdicción.

Coordinaciones Externas

Unidad Operativa Red de Salud Huaytará.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	TECNICO EN COMPUTACIÓN E INFORMÁTICA
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	
<input type="checkbox"/> Doctorado	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí No

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentatoria):

Conocimiento de los convenios FED, SIS, AUS Y PPR
Conocimiento de la Base ARFSIS

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:

Certificado de manejo de herramientas de ofimática
Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		X		
Excel		X		
Powerpoint		X		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	X			
.....				
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general

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

Experiencia mínima 6 meses en la carrera sustentado con contratos y/o resoluciones.

Experiencia específica

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

<input checked="" type="checkbox"/>	profesion al	<input type="checkbox"/>	Auxiliar o Asistente	<input type="checkbox"/>	Analista / Especialista	<input type="checkbox"/>	Superviso r / Coordinad or	<input type="checkbox"/>	Jefe de Área o Dpto	<input type="checkbox"/>	Gerente o Director
-------------------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------

B.) Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto**; ya sea en el sector público o privado:

Experiencia mínima 6 meses en la carrera sustentado con contratos y/o resoluciones.

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**:

<input checked="" type="checkbox"/>	SÍ , el puesto requiere contar con experiencia en el sector público	<input type="checkbox"/>	NO , el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.
-------------------------------------	--	--------------------------	--

* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

Experiencia mínima 6 meses en la carrera sustentado con contratos y/o resoluciones.

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

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



CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS (OPERADOR PAD - DIGITADOR SIS) EN CENTROS DE SALUD.

1. EVALUACIÓN CURRICULAR:	PUNTAJE 60 PUNTOS
a. CAPACITACION Y FORMACION PROFESIONAL	PUNTAJE 35 PUNTOS
<i>Titulo profesional al cargo que postula</i>	20 puntos
<i>Capacitación específica solicitada en requerimientos mínimos (Dos certificados con 16 horas mínimas c/u.)</i>	05 puntos
<i>Eventos y cursos de capacitación en los 05 últimos años, (Cuatro certificados con 16 horas mínimas c/u.)</i>	06 puntos
<i>Eventos y cursos de capacitación en computación e informática (Certificado de veinte horas a más.)</i>	04 puntos
b. EXPÉRIENCIA LABORAL	PUNTAJE 15 PUNTOS
<i>Experiencia de trabajo 05 Pts x año, (Se cuenta meses en forma proporcional)</i>	15 puntos
c. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL	PUNTAJE 10 PUNTOS
<i>Resolución de reconocimiento excepcional y/o felicitaciones</i>	10 puntos
1. ENTREVISTA PERSONAL.	PUNTAJE 40 PUNTOS
<i>La entrevista personal es una evaluación subjetiva que busca elegir a la persona más adecuada, con buenas actitudes.</i>	
<i>Puntualidad</i>	10 puntos
<i>Presentación</i>	10 puntos
<i>Conocimiento de las funciones al cargo al que postula</i>	20 puntos

ANEXO N° 01

CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE

Señores

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS PROCESO CAS N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

Presente.-

De mi consideración:

El suscrito, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Nombres			
Domicilio Legal			
		Prov.:	Dep.:
Fecha de nacimiento			
N° de DNI			
N° de RUC			
Teléfono Fijo			
Teléfono Móvil			
Correo electrónico			

Huaytará; Setiembre del 2016.

.....
Post Firma



ANEXO N° 02

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES

Señores

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

PROCESO CAS N° 006-2016/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° 006-2016/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

- Que cumpliré con las prestaciones a mi cargo relacionadas al objeto de la contratación.

Huaytará, de Setiembre del 2016.

.....
Post. Firma
DNI



ANEXO N° 03

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE

Señores

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS PROCESO CAS N° 006-2016/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° 006-2016/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP**, declaro bajo juramento:

- Que no me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
- Que no me encuentro impedido para ser postulante.

Huaytará, de Setiembre de 2016.



ANEXO N° 04

LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO

Señores

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CAS

Presente.-

De mi consideración:

Declaro bajo juramento que no me une parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con persona que a la fecha son integrantes del Comité de Contratación Administrativa de Servicios de la Gerencia Sub Regional de Huaytará, bajo cualquier denominación que involucre la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome de no ser así a las correspondientes acciones administrativas y de ley.

Huaytará, de Setiembre de 2016.

.....
Post- Firma
DNI.

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 vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) y unión de hecho (UH), señalados a continuación:

	Relación	Apellidos y nombres	Oficina donde presta servicios
1			
2			
3			

Huaytará,.....

.....
Firma y nombre del postulante

ANEXO N° 05

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR BUENA SALUD FISICA Y MENTAL

Señores

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° PROCESO CAS N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe _____, identificado con DNI N° _____, con RUC N° _____, domiciliado en _____, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/GSRA/CEE-CAS de profesionales de la salud y administrativos, técnicos asistenciales y administrativos, auxiliares administrativos. declaro bajo juramento:

- Gozar de buena Salud Física y Mental.

Huaytará, de Setiembre de 2016.

.....
Post- Firma

DNI.



ANEXO N° 06

CARTA DE PRESENTACIÓN DE SU RESUMEN DE EXPERIENCIA EN EL OBJETO DE LA CONTRATACION

Señores

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° PROCESO CAS N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe _____, identificado con DNI N° _____, con RUC N° _____, domiciliado en _____, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios N° 006-2016/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, presento la relación de los servicios en el objeto de la contratación realizados por mi persona:

N°	Nombre del objeto de la prestación	Fecha de Inicio / Término de la prestación	Monto

Huaytará, de Setiembre de 2016.

Post - Firma
DNI.





**ANEXO N° 07
FICHA DE DATOS DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO						
DNI	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	UBIGEO DNI	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
LUGAR DE NACIMIENTO						
DIRECCIÓN DOMICILIARIA ACTUAL			DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	
DOMICILIO						
TELÉFONO DOMICILIARIO	TELEFONOS MOVIL		E-MAIL			
RUC	CCI: _____			<input type="checkbox"/> Banco de la Nación (Preferentemente)		
	CTA: - - -			<input type="checkbox"/> Otro _____		
BOUCHER DE BANCO (Código de Cuenta Interbancaria y Cuenta de Ahorro/Corriente)			NOMBRE DE BANCO			
MENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL		FECHA DE TITULACIÓN		NUMERO DE COLEGIATURA		FECHA DE COLEGIATURA
ESTADO CIVIL	NOMBRES COMPLETO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE		NOMBRES COMPLETO FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIAS			TELÉFONO
<input type="checkbox"/> Vehículo Menor <input type="checkbox"/> Vehículo Mayor	N° _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> _____	
Tipo de Licencia de Conducir	Licencia de Conducir	Clase-Categoría	Talla de Chaqueta / Casaca	Talla de Buzo	Talla de Calzado	

SISTEMA DE PENSIONES

Deseo Afiliarme Me encuentro afiliado

- O.N.P. Sistema Nacional de Pensiones www.onp.gob.pe
- AFP Integra AFP Horizonte Sistema Privado de Pensiones www.sbs.com.pe
- AFP Profuturo AFP Prima

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

Huaytará, de Abril del 2016.

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

Adjuntar: DNI, Titulos Profesional, Boucher Banco de la Nación, Licencia de Conducir, Fotografia Pasaporte Digital en formato .Jpg

DATOS DE LA PLAZA:

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

DE LA CONDICION CONTRACTUAL (*)

(*) MODALIDAD CONTRACTUAL	DOCUMENTO CONTRACTUAL			FECHA CONTRACTUAL		REMUNERACION MENSUAL
	TIPO	Nº	FECHA	INICIO	TERMINO	
<input type="checkbox"/> D.L. 276 - MINSa <input type="checkbox"/> D.L. 1057 - C.A.S.	<input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Contrato	Nº _____ -201_ / GOB.REG.HVCA/GSRH/G	___ / ___ /201_	___ / ___ /201_	___ / ___ /201_	S/. _____00
<input type="checkbox"/> Serums Nacional <input type="checkbox"/> Serums Regional	<input type="checkbox"/> Proveido	Nº _____ 201 -	___ / ___ /201_	___ / ___ /201_	___ / ___ /201_	MODALIDAD: <input type="checkbox"/> Remunerado <input type="checkbox"/> Equivalente
Otro: <input type="checkbox"/>						

DE LA MODALIDAD PRESUPUESTAL

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

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

PRESUPUESTO MINSa - Decreto Legislativo 276	
<input type="checkbox"/>	Nombrado.
<input type="checkbox"/>	Contrato a Plazo Fijo.
<input type="checkbox"/>	Serums Nacional.
<input type="checkbox"/>	Serums Regional.

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

DEL TIPO INGRESO:

MEDIANTE:	DOCUMENTO:	DE FECHA:	CONCEPTO
<input type="checkbox"/>	CONVOCATORIA	_____ -201_ / GOB.REG.HVCA/GSRH	
<input type="checkbox"/>	PROPUESTA DIRECTA	_____ Nº _____ -201_ /ORSH	



<input type="checkbox"/>	OTRO:			
--------------------------	-------	--	--	--

Huaytará, ___ de, ___ del 201__

  