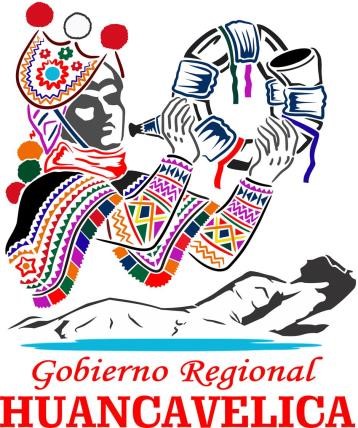
“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA**

**GERENCIA SUB REGIONAL DE CASTROVIRREYNA**

**RED DE SALUD CASTROVIRREYNA**



**CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N°006-**

**2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE/CAS**

**CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD CASTROVIRREYNA**

# UNIDAD OPERATIVA RED

DE SALUD CASTROVIRREYNA

**CASTROVIRREYNA, NOVIEMBRE DEL 2017**

**CAPITULO I**

**GENERALIDADES**

## ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre: UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD DE CASTROVIRREYNA.

## DOMICILIO LEGAL

PLAZA DE ARMAS N° 173 Castrovirreyna.

## OBJETO DE LA CONVOCATORIA

Establecer las bases del concurso para efectuar un óptimo proceso técnico de selección de los postulantes, en función a sus aptitudes, competencias, habilidades, formación y experiencia para coberturar Plazas en la Unidad Operativa Red de Salud Castrovirreyna.

## FUENTE DE FINANCIAMIENTO

01 Recursos Ordinarios. Rubro 00 Recursos Ordinarios de los (programas presupuestales por resultado), Presupuesto 2017.

## BASE LEGAL

* Constitución Política del Perú
* Ley N° 2778, Ley de Bases de la Descentralización
* Decreto Legislativo N° 1057, norma que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
* Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057. Modificado por Decreto Supremo Nº 065-2011-PCM.
* Ley N° 29849 – Ley que establece la eliminación Progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga Derechos Laborales.
* Decreto Supremo N° 018-2007-TR, Disposiciones relativas al uso del documento denominado Planilla Electrónica.
* Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
* Ley N° 27815, Código de Ética de la Función Pública.
* Ley N° 29607, Simplificación de la Certificación de los antecedentes penales en beneficio de los Postulantes a un empleo.
* Ley N° 29973, Ley General de personas con discapacidad.
* D.S. N° 002-2007-JUS, Reglamento de la Ley que crea el registro de deudores alimentarios morosos.
* Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
* Ley N° 30518 Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017.
* Ley 26842, Ley General de Salud.
* Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
* Ley Nº 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.

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

## DEPENDENCIA, UNIDAD ORGÁNICA Y/O ÁREA SOLICITANTE

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD CASTROVIRREYNA (Centros y Puestos de Salud).

## DEPENDENCIA ENCARGADA DE CONDUCIR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Comité Especial de Evaluación – CAS 2017



**UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD CASTROVIRREYNA**

**EL PERIODO DE CONTRATO SERA DESDE EL 17 DE NOVIEMBRE DEL 2017 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017**



El Perfil y las Características del Personal a requerir para la Unidad Operativa Red de Salud Castrovirreyna (Centros de Salud, Puestos de Salud, y Red de Salud Castrovirreyna), así como las condiciones esenciales del contrato están definidos en el **CAPÍTULO III DE LA PRESENTE BASE.**

**CAPITULO II**

### ETAPAS DE LA SELECCIÓN

## CRONOGRAMA DE LA ETAPA DE SELECCIÓN.

|  |  |
| --- | --- |
| **PROCESO PREVIO** |  |
| Consolidación de Requerimiento y evaluación. | Hasta el 09 de Noviembre del 2017 |
| Aprobación de la convocatoria | Hasta el 10 de Noviembre del 2017 |
| **CONVOCATORIA** |  |
| Ministerio del Trabajo | del 010 de Noviembre al 14 de Noviembre del 2017 |
| Publicación de la convocatoria en el portal web del Gobierno Regiona[l www.regionhuancavelica.gob.pe](http://www.regionhuancavelica.gob.pe/) y en la Gerencia subregional Castrovirreyna en lugar visible de acceso público. | del 10 de Noviembre al 14 de Noviembre del 2017 |
| Presentación curricular, a la siguiente dirección: Gerencia Sub regional de Salud Castrovirreyna (Secretaria General de la Gerencia regional de Castrovirreyna) (Av. San Martin N° 173- Castrovirreyna) | Desde las 8:00 am. Hasta las 17**:00 hrs** del 15 de Noviembre del 2017 |
| **SELECCIÓN** |  |
| Evaluación Curricular | 16 de Noviembre del 2017 |
| Publicación de resultados de la evaluación Curricular en el portal web del Gobierno Regional [www.regionhuancavelica.gob.pe](http://www.regionhuancavelica.gob.pe) y/o en la Gerencia subregional Castrovirreyna en lugar visible de acceso público. | 16 de noviembre del 2017  a **partir de las 10:00 horas** |
| Entrevista Personal | 16 de Noviembre del 2017 **a partir de las 11:00 horas** |
| Publicación de resultados Final en el portal web del Gobierno Regiona[l www.regionhuancavelica.gob.pe](http://www.regionhuancavelica.gob.pe/) y/o en la Gerencia subregional Castrovirreyna en lugar visible de acceso público. | 16 de Noviembre del 2017 **a partir de las 15:00 horas** |
| **SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO** |  |
| Suscripción del Contrato e Inicio de labores | 17 de Noviembre del 2017 |

**NOTA: Los sobres deberán presentarse en secretaria general de la Gerencia Sub Regional de Castrovirreyna**

## PRESENTACIÓN DE SOBRE:

La presentación se efectuará en un sobre cerrado y estarán dirigidas a la Comisión Permanente de Selección de Personal bajo el RLE. “CAS”, conforme al siguiente detalle:

Señores:

***Gerencia Sub Regional de Castrovirreyna -Gobierno Regional de Huancavelica***

***Atte.: GERENCIA SUB REGIONAL DE CASTROVIRREYNA***

***PROCESO DE CONTRATACIÓN N° 006-2017/GOB-REG-HVCA/CPS-CAS***

***Contratación Administrativa******de Servicio –CAS.***

*CODIGO :…………………………………….*

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

*DNI:………………………………………………………*

*N° Folios…………….*

El postulante será responsable de la exactitud y veracidad de los documentos presentados.

Los formatos podrán ser llenados por cualquier medio, incluyendo el manual **sin borrones ni enmendaduras, debiendo llevar el sello y firma del postulante**, del mismo modo la documentación presentada (CURRICULUM) deberá estar firmada por el postulante.

## Contenido de los Sobres

Las documentaciones a presentar serán en copias legibles, **debidamente fedateada y foliados (enumerar de manera ascendente desde la última a la primera página)** y **ordenado,** Aquellas propuestas que no cumplan con lo antes señalado se tendrán como **no presentada**. Asimismo, los documentos no legibles no serán considerados para la evaluación.

#### SOBRE CURRICULAR

##### Documentación de presentación obligatoria: (Se deberá presentar en forma Ordenada, lo siguiente)

1. Copia del DNI del postulante vigente
2. Título Profesional.
3. Habilidad profesional vigente original - obligatorio (Profesionales de la Salud).
4. Resolución y/o Constancia de Termino SERUMS obligatorio
5. Constancia de no adeudar dinero, documentos y bienes del último EE. SS de laboró (firmado por los jefes inmediatos de cada núcleo) obligatorio.
6. FILE descriptivo

**I. Datos personales**

a. FILE descriptivo

**II. Formación Profesional**

1. Maestría.
2. Diplomado.

**III. Capacitaciones (Periodo 2014 – 2017)**

a. Eventos y cursos de capacitación (debe de contener número de registro – obligatorio)

**IV. Experiencia Laboral**

1. Experiencia laboral en instituciones públicas
2. Para profesionales de la salud (incluye SERUMS)
3. Copias de contratos
4. Declaración Jurada de datos del postulante, **Anexo Nº 01**
5. Declaración Jurada en la que el postulante declare que cumplirá con las prestaciones a su cargo relacionadas al objeto de la contratación, **Anexo Nº 02**
6. Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado, **Anexo Nº 03**
7. Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra impedido para ser postulante o contratista, **Anexo Nº 04**
8. Declaración Jurada en la que el postulante señale que no recibe del Estado doble percepción de ingresos, **Anexo Nº 05**
9. Declaración Jurada en la que el postulante declare algún parentesco que tuviese con funcionarios del Gerencia Sub Regional de Castrovirreyna, **Anexo Nº 06**
10. Declaración Jurada de contar con Buena Salud Anexo **Nº 07**
11. Declaración Jurada de no tener antecedentes Penales ni Judiciales **y** Deudores Alimentarios Morosos **Anexo Nº 08**
12. Declaración jurada de veracidad de la documentación Presentada, **Anexo 09.**
13. Declaración Jurada de no adeudar, bienes, dinero, insumo y otros al establecimiento que anteriormente laboraba, válido para todos los trabajadores del ámbito de la Provincia de Castrovirreyna **Anexo 10**.
14. Declaración Jurada de saber el idioma quechua **Anexo Nº 11**
15. Certificado de CONADIS para casos de discapacitados.

**NOTA:**

1. Todos los anexos deberán ser llenados y firmados caso contrario serán causal de descalificación.
2. Toda la documentación presentada incluido el Currículo deberá estar **FOLIADO (ENUMERADO, en la esquina inferior derecha de manera ascendente desde la última página) y ordenado**, caso contrario no serán considerados para la evaluación curricular.
3. Toda la documentación presentada en copia legible deberá estar **FEDATEADO, por los fedatarios de la Gerencia Sub Regional de Castrovirreyna**, caso contrario no serán considerados para la evaluación curricular.
4. **Toda documentación incompleta o que no se presente de acuerdo al orden y requisitos establecido serán causal de descalificación.**

## PROCESO DE EVALUACIÓN:

* El proceso de evaluación se realizará entes (02) etapas.
* Los aspectos que no son considerados en la presente base de convocatoria, serán deliberados y resueltos por la comisión evaluadora.

**PRIMERA ETAPA:**

**Evaluación Curricular.**

Para la calificación correspondiente y pasar a la siguiente fase, el CURRICULUM VITAE, deberá cumplir con los requisitos mínimos establecidos en los **PERFILES DE PUESTO.**

La evaluación curricular es en función a **60 puntos** de acuerdo a los factores de evaluación para cada código (ITEM).

.

**SEGUNDA ETAPA:**

**Entrevista Personal:** Cada miembro de la comisión entrevistadora, calificará en forma individual al postulante. La calificación final es el promedio de la entrevista personal, siendo esta en función a **40 puntos.**

## BONIFICACIÓN:

* **Al Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas:** Se otorgará una bonificación del 10% sobre el puntaje final obtenido, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4° de Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 61-2012-SERVIR/PE, siempre que el postulante que lo haya indicado y adjuntado al **CURRICULUM VITAE** la copia simple del documento oficial, emitido por la autoridad competente, que acredite su condición de licenciado de las Fuerzas Armadas.
* **A las Personas con discapacidad:** Se otorgará una bonificación por discapacidad, equivalente al 15% sobre el puntaje total, al postulante que lo haya indicado y adjuntado al **CURRICULUM VITAE** la copia fedateada de la Resolución emitido por el CONADIS.

## RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

La relación de postulantes que resulten ganadores se publicarán en el Portal Electrónico Institucional del Gobierno Regional [(***www.regionhuancavelica.gob.pe****)*](http://www.regionhuancavelica.gob.pe/)y/o en la Gerencia subregional Castrovirreyna en lugar visible de acceso público.

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

**NOTA**: **Los participantes que no hayan resultado ganadores no podrán solicitar la devolución de sus sobres ya que dicha documentación quedara en archivo de la Gerencia.**

## DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

Dentro del plazo máximo de cinco (05) días hábiles contados a partir del día siguiente de la publicación de los resultados, el seleccionado deberá suscribir el respectivo Contrato Administrativo de Servicios CAS.

**EL PERIODO DE CONTRATO SERA DESDE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DICIEMBRE DEL 2017**

## DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO.

## 2.7.1. Declaratoria del proceso como desierto

La plaza será declarada desierto en alguno de los siguientes supuestos:

1. Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
2. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.

###### 2.7.2. Cancelación del proceso de selección

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

1. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
2. Por restricciones presupuestales.
3. Otras debidamente justificadas

**CAPITULO III**

**VER PERFILES DE PUESTO AL FINAL DE LOS ANEXOS:**

## CAPITULO IV

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA TÉCNICOS ASISTENCIALES (TÉCNICO EN FARMACIA – TECNICO EN ENFERMERIA - CENTRO DE SALUD Y RED DE SALUD)**

1. **EVALUACIÓN CURRICULAR PUNTAJE 60 PUNTOS**

#### CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL PUNTAJE 46 PUNTOS

* Título Profesional 10 puntos
* Diplomados en salud (03 punto por diploma, máximo 02 diplomas) 06 puntos
* Capacitación en temas de salud máximo 200 horas, en los últimos 03 años

10 puntos

* Cursos de capacitación en Ofimática (máximo 60 hrs) 10 puntos
* Capacitación en salud familiar 10 puntos

#### EXPERIENCIA LABORAL PUNTAJE 10 PUNTOS

Experiencia de trabajo 02 puntos x año, máximo 05 años de acuerdo al siguiente criterio:

* 02 Puntos por año máximo 05 (se cuenta meses y días proporcional) con contratos, boleta de pago. 10 puntos

#### IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL PUNTAJE 04 PUNTOS

* Resolución y/o Memorándums de asignación de jefatura (01 punto por documento presentado, máximo 02). 02 puntos
* Resolución de felicitación (01 punto por documento presentado, máximo 02).

02 puntos

1. **ENTREVISTA PERSONAL PUNTAJE 40 PUNTOS**

La entrevista personal es una evaluación subjetiva que busca elegir a la persona más adecuada, con buenas actitudes.

* Presentación 03 puntos
* Seguridad y Estabilidad Emocional 05 puntos
* Conocimientos Técnicos del Puesto 20 puntos
* Capacidad para tomar decisiones 05 puntos
* Cultura General 07 puntos

## CAPITULO V

***Anexo 1***

***FORMATO DE CONTENIDO DE HOJA DE VIDA***

***(Con Carácter de Declaración Jurada)***

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

1. ***DATOS PERSONALES****:*

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

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

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

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

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

***Lugar de Lugar de Nacimiento:***

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

***Documento de Identidad N°:……………………………………………………………………………….***

***R.U.C. N°:…………………………….***

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

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

***……………………………………………………………………………………………………………………***

***Teléfonos:……………………………………………………………………………………..***

***Correo electrónico:……………………………………………………………………………………..***

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

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

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

1. ***ESTUDIOS REALIZADOS:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Titulo o***  ***Grado*** | ***Especialidad*** | ***Fecha de Expedición del Título o Grado Académico mes/año*** | ***Universidad*** | ***Ciudad*** | ***N° de Folio*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***II. CAPACITACIÓN:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***N°*** | ***DENOMINACIÓN DEL CURSO Y/O EVENTO*** | ***FECHA DE:*** | | ***DURACIÓN EN HORAS*** | ***INSTITUCIÓN*** | ***Nº de Registro*** | ***Nª FOLIO*** |
| ***INICIO*** | ***TERMINO*** |
| *1* |  |  |  |  |  |  |  |
| *2* |  |  |  |  |  |  |  |
| *3* |  |  |  |  |  |  |  |
| *4* |  |  |  |  |  |  |  |
| *5* |  |  |  |  |  |  |  |
| *6* |  |  |  |  |  |  |  |
| *7* |  |  |  |  |  |  |  |
| *8* |  |  |  |  |  |  |  |
| *9* |  |  |  |  |  |  |  |
| *10* |  |  |  |  |  |  |  |
| *11* |  |  |  |  |  |  |  |
| *12* |  |  |  |  |  |  |  |
| *13* |  |  |  |  |  |  |  |
| *14* |  |  |  |  |  |  |  |

*Los datos que no estén consignados en el cuadro no serán considerados en la evaluación*

*Los recuadros que no son consignados con los datos solicitados no serán considerados en la evaluación*

*Los datos consignados en el cuadro deberán de ser veraces caso contrario serán causal de*

*descalificacion*

1. ***EXPERIENCIA LABORAL:***

*EL POSTULANTE deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, solo los Datos que son requeridos en cada una de las AREAS QUE SERAN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.*

1. *Experiencia laboral (comenzar por la más reciente)*

*Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***N°*** | ***NOMBRE DE LA ENTIDAD Y/O EMPRESA*** | ***CARGO DESEMPAÑADO*** | ***FECHA DE:*** | | ***TIEMPO***  ***EN EL***  ***CARGO*** | ***Nº de Folio*** |
| ***INICIO***  ***(MES/AÑO)*** | ***TERMINO***  ***(MES/AÑO)*** |
| *1* |  |  |  |  |  |  |
| *2* |  |  |  |  |  |  |
| *3* |  |  |  |  |  |  |
| *4* |  |  |  |  |  |  |
| *5* |  |  |  |  |  |  |
| *6* |  |  |  |  |  |  |
| *7* |  |  |  |  |  |  |
| *8* |  |  |  |  |  |  |
| *9* |  |  |  |  |  |  |
| *10* |  |  |  |  |  |  |
| *11* |  |  |  |  |  |  |
| *12* |  |  |  |  |  |  |
| *13* |  |  |  |  |  |  |
| *14* |  |  |  |  |  |  |

*Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y; en caso necesario, autorizo su investigación posterior de conformidad a lo establecido en la Ley N° 27444.*

*Castrovirreyna:…………………………………………………………………………………………………….*

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 02**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES**

Señores

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

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

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 03**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO**

Señores

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

 Que no me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 04**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR IMPEDIDO PARA SER POSTULANTE**

Señores

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

 Que no me encuentro impedido para ser postulante

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 05**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN**

Señores

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

 Que no me encuentro inmerso dentro de la incompatibilidad de ingresos establecido en el artículo N° 7 del Decreto de Urgencia Nº 0202006 “Normas de Austeridad y Racionalidad en el Gasto Público”, el cual precisa que en el Sector Público no se podrá percibir simultáneamente remuneración y pensión, incluidos honorarios por servicios no personales, asesorías o 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.

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 06**

**LEY Nº26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO**

Señores

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

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 viene prestando servicios al Gobierno Regional de Huancavelica, bajo cualquier denominación que involucre la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios, Locación de Servicios o Contrato por Consultoría.

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

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

### EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que en el Gobierno Regional de Huancavelica 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Relación | Apellidos y nombres | Oficina donde presta servicios |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 07**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL**

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

 **Gozar de buena Salud Física y Mental.**

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 08**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES**

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

* No tener antecedentes penales ni judiciales.
* No ser deudor Alimentario moroso según lo establecido en el artículo 8 de la Ley N° 28970 – Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.
* Que mi persona no está registrado en REDAM.

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 09**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA**

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

* Que todo el currículo vitae presentado a la convocatoria es copia fiel de la documentación original.
* En caso de comprobarse falsedad alguna a los datos consignados me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal, tipificado como delito contra la fe pública en general.

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 10**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ADEUDAR, BIENES, DINERO, INSUMO Y OTROS**

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

 Que mi persona no adeuda bines, dinero, insumos y otros al establecimiento que anteriormente labore.

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*

**ANEXO N° 11**

**CARTA DE DECLARACIÓN SABER EL IDIOMA QUECHUA**

### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006 – 2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, DE TECNICOS ASISTENCIALES PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUDCASTROVIRREYNA**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI Nº ............................., con RUC Nº …………………………., domiciliado en ................................................, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 006 –2017/GOB.REG.HVCA/GSRC/UORSC/CEE-CAS, de Técnicos Asistenciales**,** declaro bajo juramento:

* Que mi persona sabe entender en un………………..% el idioma quechua.
* Que mi persona también sabe hablar en un………………..% el idioma quechua.

Castrovirreyna,…………………..………

*Firma ……………………………………………….*

*Nombres y Apellidos*

*N° DNI*















