

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD DE TAYACAJA

CONCURSO PUBLICO CAS N° 011-2017

BASES



**CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS 2017**



**"PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD"
PROFESIONALES Y TECNICOS ADMINISTRATIVOS".**



OCTUBRE - 2017

PROCESO CAS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA-DIRESA/UERST-CAS.

CAPÍTULO I GENERALIDADES

I. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD TAYACAJA
RUC N° : 20601077133

1.1 DOMICILIO LEGAL

Av. Mariscal Cáceres N° 906 – Pampas-Tayacaja-Huancavelica

1.2 OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El objeto de la convocatoria es la Contratación Administrativa de Servicio para Profesionales para desarrollar labores de naturaleza permanente como personal administrativo en la Unidad Ejecutora Red de Salud de Tayacaja.

El Perfil y Las características del Puesto, así como las Condiciones esenciales del Contrato están definidos en el capítulo III de las presentes Bases.

1.3 FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Fuente Financiamiento : 1 Recursos Ordinarios
Rubro : 00 Recursos Ordinarios

1.4 BASE LEGAL

- 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 N° 065-2011-PCM
 - Decreto Supremo N° 018-2007-TR-Disposiciones relativa al uso del documento denominado Planilla Electrónica.
 - Ley N° 26790-Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
 - Ley 28411-Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
 - Ley N° 30518-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017.
 - Ley N° 27444-Ley del Procedimiento Administrativo General.
 - Ley N° 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.

II. CARACTERISTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO:



**PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD Y ADMINISTRATIVOS PARA L100A
CONVOCATORIA 2017 DE LA RED D0E SALUD DE TAYACAJA - PROCESO CAS N° 011-
2017 DE LA UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD DE TAYACAJA**

| ITEM | PLAZA | CODIGO DE PLAZA | AREA LABORAL | CANT. | MONTO MENSUAL | PROGRAMA PRESUPUESTAL | FFTO | PLAZO DE CONTRATACION |
|---------------------|----------|-----------------|--------------------------|-----------|---------------|---------------------------------|--------|-----------------------|
| 1 | OBSTETRA | OBSTA-01 | C.S. QUICHUAS | 1 | 2,300.00 | SALUD MATERNO NEONATAL | RO-RED | 26/10/2017-31/12/2017 |
| 2 | OBSTETRA | OBSTA-02 | RED DE SALUD DE TAYACAJA | 1 | 2,300.00 | SALUD MATERNO NEONATAL | RO-RED | 26/10/2017-31/12/2017 |
| 3 | MEDICO | MED-03 | C.S. PAZOS | 1 | 4,200.00 | PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | RO-RED | 26/10/2017-31/12/2017 |
| TOTAL PLAZAS | | | | 03 | | | | |

III. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

| CONDICIONES | DETALLE |
|---|---|
| Lugar de prestación del servicio | Unidad Ejecutora Red de Salud de Tayacaja |
| Duración del contrato | - Inicio : 26 de octubre de 2017 - Término : 31 de diciembre de 2017 |
| Otras condiciones esenciales del contrato | -No tener impedimentos para contratar con el Estado. -No tener antecedentes judiciales, policiales ni penales. |

IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

| CONVOCATORIA | | |
|--------------|--|---|
| 1 | Publicación de la convocatoria en el Portal Web de la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo - Huancavelica. | Del 02 de octubre de 2017 al 13 de octubre de 2017 |
| 2 | Publicación de la convocatoria en el Portal Web del Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja. | Del 16 de octubre de 2017 al 20 de octubre de 2017 |
| 3 | Presentación curricular, en la Secretaria de Mesa de Partes de la Red de Salud de Tayacaja. | 23 de octubre de 2017 Hora: de 08:00 a.m. a 01:00.p.m. y 02:30 p.m. a 05:30 p.m. |
| SELECCIÓN | | |
| 4 | Evaluación Curricular | 24 de octubre de 2017 A partir de 08:00 a.m. |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| 7 | Publicación Preliminar de Resultados de la Evaluación Curricular, en la puerta principal y lugares visibles de acceso público de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja. | 24 de octubre de 2017 04:00 p.m. |
| 8 | Recepción de Solicitudes de Reclamos y Absolución | 24 de octubre de 2017 04.10 p.m. A 05:00 p.m. |
| 9 | Publicación de Resultados de la Evaluación Curricular, en la puerta principal y lugares visibles de acceso público de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja. | 24 de octubre de 2017 05:30 p.m. |
| 10 | Entrevista Personal: Lugar: Red de Salud de Tayacaja (Av. Mariscal Cáceres N° 906, del Distrito de Pampas-Tayacaja). | 25 de octubre de 2017 A partir de 09:00 a.m. |
| 11 | Publicación del resultado FINAL: En la puerta principal y lugares visibles de acceso público de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja. | 25 de octubre de 2017 05:00 p.m. |
| 12 | Adjudicación de Plazas | 25 de octubre de 2017 A partir de 05.15 p.m. |
| INICIO DE LABORES | | |
| 13 | Inicio de labores | 26 de octubre de 2017 |

NOTA:

“LOS QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS, SEGÚN LOS PERFILES DE PUESTO, NO PODRÁN PARTICIPAR Y/O SERÁN DESCALIFICADOS EN EL PRESENTE PROCESO”.

V. PRESENTACIÓN DE SOBRE

La presentación se efectuará en un sobre cerrado y estarán dirigidas a la Comisión Especial de Evaluación CAS, conforme al siguiente detalle:



Señores
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD TAYACAJA
Comité Proceso de Selección

**CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-
2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

SOBRE N° 1: SOBRE CURRICULAR

NOMBRE / RAZON SOCIAL DEL POSTULANTE.....

CODIGO AL CUAL POSTULA:

N° DE FOLIOS DE C/ EJEMPLAR.....

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

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

VI. CONTENIDO DE LOS SOBRES

Se presentarán en un (01) original. Los sobres que se presentarán para el presente concurso serán en copias legibles, **debidamente foliadas y ENUMERADAS de manera ascendente desde la última página hasta la primera página.** 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):

- Copia del DNI del postulante. Vigente.
- Declaración Jurada de datos del postulante, **Anexo N° 01**
- 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**
- Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado, **Anexo N° 03**
- Declaración Jurada en la que el postulante señale que no recibe del Estado doble percepción de ingresos, **Anexo N° 04**



- f) Declaración Jurada en la que el postulante señale declare algún parentesco que tuviese con funcionarios del Gobierno Regional, **Anexo N° 05**
- g) Currículum Vitae, debidamente **fedateado por la Unidad Ejecutora 403 Red de Salud de Tayacaja**, sustentado y documentado. **Anexo N° 06**
- h) Declaración Jurada en la que se detalle la experiencia en capacitaciones asistidas por el postor. **Anexo 07.**
- i) Declaración Jurada de no estar inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos. **Anexo N° 08.**
- j) Declaración Jurada de Veracidad de la Documentación Presentada. **Anexo N° 09.**
- k) Declaración Jurada de no tener antecedentes judiciales, Policiales ni penales. **Anexo N° 10.**
- l) Declaración Jurada de no tener sanción por falta administrativa vigente. **Anexo N° 11.**

NOTA:

- 1) Si no es llenada la información tal cual indica en los anexos será causal de descalificación.
- 2) Toda la documentación presentada (incluido currículo) deberá estar debidamente firmada por el postulante y debe estar foliado, caso contrario no serán considerados para la evaluación.

VII. PROCESO DE EVALUACION

- **EL PROCESO DE EVALUACION SE REALIZARA EN DOS (02) ETAPAS.**
- Cada fase de la evaluación es excluyente para la siguiente etapa.
- Los aspectos que no son considerados en la presente base de convocatoria, serán deliberados y resueltos por la comisión.
- Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán un máximo y un mínimo de puntos, distribuyéndose de la siguiente manera:

VIII. ETAPAS Y MODO DE EVALUACION

| ETAPAS | EVALUACION | PESO | PUNTAJE MINIMO | PUNTAJE MAXIMO |
|------------------|--|--------------|----------------|----------------|
| 1RA ETAPA | EVALUACION DE EXPEDIENTE | 50 % | 30 | 50 |
| | 1. Formación Académica | | | 20 |
| | 2. Experiencia | | | 15 |
| | 3. Capacitación | | | 15 |
| 2DA ETAPA | ENTREVISTA PERSONAL | 50 % | 40 | 50 |
| | 1. Dominio Temático | | | 20 |
| | 2. Capacidad Analítica | | | 10 |
| | 3. Facilidad de Comunicación | | | 12 |
| | 4. Presentación Personal y Puntualidad | | | 08 |
| | PUNTAJE TOTAL | 100 % | 70 | 100 |



IX. BONIFICACION:

- **Al Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas:** Se otorgara una bonificación del 10 % sobre el puntaje final de la evaluación curricular obtenido, de conformidad con lo establecido en el artículo 4° de la Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 61-2015-SERVIR/PE, siempre que el postulante que le 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 otorgara una bonificación del 15 % sobre el puntaje final obtenido en la etapa de evaluación, que incluye la entrevista final, de conformidad con lo establecido en el artículo 48° de la Ley N° 29973, "Ley General de la Persona con Discapacidad", al postulante que lo haya indicado y adjuntado al Curriculum Vitae la copia fechada de la Resolución emitida por el CONADIS.

X. RESULTADOS DE LA EVALUACION

La relación de postulantes que resulten ganadores se publicarán en la puerta principal y lugares visibles de acceso público de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja.

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 podrán recoger sus sobres sólo hasta después de los 07 días calendarios de haber culminado el proceso de selección. La Entidad se reserva el derecho de ponerlos a disposición para los fines que sean convenientes.

XI. ADJUDICACION DE PLAZAS

La adjudicación de plazas será en estricto orden de mérito hasta ocupar el total de las plazas ofertadas.

XII. DE LA SUSCRIPCION 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, Si vencido dicho plazo sin que el seleccionado lo suscriba se procederá a notificar al que quedo en segundo puesto en orden de mérito para que en el plazo señalado anteriormente se proceda a la suscripción del contrato. De la misma manera, en caso no se suscribiera con el segundo se procederá a notificar el tercero contando éste con idéntico plazo para la suscripción del respectivo contrato.

A la firma del contrato del postor adjudicado, el postulante deberá de presentar los originales del CURRÍCULUM VITAE.

XIII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACION DEL PROCESO

13.1. Declaratoria del proceso como desierto

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



- a. Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
 - b. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
 - c. Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las etapas de evaluación del proceso.
- 13.2. Cancelación del proceso de selección**

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

- a. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- b. Por restricciones presupuestales.
- c. Otras debidamente justificadas.

NOTA:

- "EL POSTULANTE GANADOR QUE RENUNCIE A SU PLAZA, LA CUAL ESTARÁ REGISTRADA EN LA BASE DE DATOS, QUEDARÁ IMPEDIDO DE VOLVER A POSTULAR A CONVOCATORIAS POSTERIORES EN EL PRESENTE AÑO FISCAL".
- "EL POSTULANTE PARA PODER PARTICIPAR EN EL PRESENTE CONCURSO NO DEBE DE TENER VINCULO LABORAL CON ESTA INSTITUCION".

XIV. PERFIL DEL PUESTO

CAPITULO II

ANEXOS



FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: RED DE SALUD DE TAYACAJA
Denominación: OBSTETRA
Nombre del puesto: OBSTETRA
Dependencia Jerárquica Lineal: RED DE SALUD DE TAYACAJA
Dependencia Jerárquica funcional: DIRECCION REGIONAL DE SALUD - HUANCAMELICA
Puestos que supervisa: NO APLICA
Código de la Plaza: OBSTA-01

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención obstétrica de salud en el ámbito de su competencia a la mujer, familia y la comunidad para el cumplimiento de los objetivos estratégicos que se tiene como Región Huancavelica

FUNCIONES DEL PUESTO

| | |
|----|---|
| 1 | Planificar, programar, coordinar y ejecutar todas las actividades de Salud Sexual Reproductiva, Cáncer y ITS-VIH/SIDA, en el ámbito de su jurisdicción |
| 2 | Brindar atención general a las mujeres en edad reproductiva, embarazo, parto, puerperio y peri menopausia; teniendo en cuenta el Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. |
| 3 | Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad, así como personal del establecimiento de salud. |
| 4 | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de las mujeres en edad fértil y plantear estrategias de trabajo local. |
| 5 | Elaborar la historia clínica en la atención general a las mujeres en edad reproductiva, registrar y firmar las atenciones, evoluciones, procedimientos, fichas de control obstétrico y otros documentos establecidos de acuerdo a las normas y guías de atención. |
| 6 | Participar en el desarrollo de actividades docentes y de investigación en el campo de obstetricia, programados por el establecimientos debidamente autorizado. |
| 7 | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde |
| 8 | Identificar oportunamente los signos de alarma y/o factores de riesgo que puedan complicar en el embarazo, parto o puerperio para la referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive |
| 9 | Realizar las consultas medicas en caso no hubiera profesional Medico |
| 10 | Promover el uso de los métodos anticonceptivos modernos en la población MEF y VEF |
| 11 | Realizar la atención prenatal enfocada con calidad y oportunidad en las gestantes |
| 12 | promover los partos institucionales en los establecimientos según capacidad resolutive. |
| 13 | Cumplimiento de las Normas, Guías, Directivas y protocolos de atención de la Salud Sexual y Reproductiva, ITS VIH/SIDA y Cáncer |
| 14 | Realizar actividades extramurales priorizando la captación de gestantes en el primer trimestre al 100% y otras actividades programadas |
| 15 | Realizar el registro de datos en los sistemas de información de salud (HIS, SIS, SIEN, Hechos vitales, SISMED, NOTI, SIP 2000, padrón nominado de niños y niñas, gestantes y otros). |
| 16 | Brindar asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud de su jurisdicción |
| 17 | Realizar actividades para el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), SIS y otros convenios de salud. |
| 18 | Realizar actividades para el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), SIS y otros convenios de salud. |
| 19 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de Acreditación de EESS |
| 20 | Usos correcto y conservación de los Equipos y bienes del EESS |
| 21 | Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia contra referencia |
| 22 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales |
| 23 | Mantener limpio el establecimiento de salud |
| 24 | Realizar atenciones integrales en el ámbito de su jurisdicción |
| 25 | Realizar la toma de ecografías a las gestantes |
| 26 | Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (Familias, Comunidades, Instituciones Educativas y Municipios Saludables). |
| 27 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación de EE.SS |
| 28 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales. |

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

Todos los Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

Coordinaciones Externas

Todas la Unidades Orgánicas.

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 type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

| | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a) | OBSTETRA |
| <input type="checkbox"/> Bachiller | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura | |
| <input type="checkbox"/> Especialidad | |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado <input type="checkbox"/> estudios | |
| <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 sustentaria):

CONOCIMIENTOS EN NORMAS TECNICAS VIGENTES DEL MINSA

ACREDITAR CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS.

CONOCIMIENTO EN ECOGRAFIA

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.

ACREDITAR CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS.

CURSOS DE ECOGRAFIAS.

Para establecimientos que cuentan con ecógrafo haber culminado diplomado de ecografía.

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 | | | |
| Quechua | X | | | |
| | | | | |

EXPERIENCIA

Experiencia general

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

Experiencia específica

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

Practicante o profesional Auxiliar o Asistente Analista / Especialista Supervisor / Coordinador Jefe de Área o Dpto. Gerente o Director

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO 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:

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

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

RESOLUCIÓN DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE

DIPLOMADO EN ECOGRAFIA

HABILIDADES O COMPETENCIAS

| |
|--|
| CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA |
| CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION |
| COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO |
| ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ. |



FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: RED DE SALUD DE TAYACAJA
Denominación: OBSTETRA PARA LA RED DE SALUD TAYACAJA
Nombre del puesto: OBSTETRA PARA LA RED DE SALUD TAYACAJA
Dependencia Jerárquica Lineal: RED DE SALUD DE TAYACAJA
Dependencia Jerárquica funcional: DIRECCION REGIONAL DE SALUD - HUANCAMELICA
Puestos que supervisa: MICRO REDES/CENTROS DE SALUD/PUESTOS DE SALUD
Código de la Plaza: OBSTA-02

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención obstétrica de salud en el ámbito de su competencia a la mujer, familia y la comunidad para el cumplimiento de los objetivos estratégicos que se tiene como

FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Formular, proponer y difundir las normas, protocolos de la Estrategia Regional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSyR) de la mujer gestante.
- 2 Difundir las normas técnicas de consejería y provisión de métodos de planificación familiar, integral en salud basado en familia y comunidad.
- 3 Planificar, coordinar, organizar, dirigir, supervisar, evaluar y asesorar las actividades de salud reproductiva.
- 4 Coordinar con la DEMID y el responsable del SIS, para mantener el stock adecuado y oportuno de los insumos de planificación familiar, y medicamentos que se utilizan en el embarazo, parto y puerperio.
- 5 Vigilancia y control de la morbilidad mortalidad materna perinatal
- 6 Conocer y difundir las normas técnicas del control y prevención de las enfermedades transmisibles.
- 7 Analizar la información mensual, trimestral y anual de la atención de la mujer para su envío de información a DIRESA.
- 8 Identificar zonas de riesgo para la implementación de planes de intervención.
- 9 Análisis de los diferentes indicadores de gestión para medir resultados.
- 10 Retroalimentar la información consolidada por cada Micro red, trimestralmente.
- 11 Organizar e implementar estrategias para la prevención de la morbilidad mortalidad materna perinatal.
- 12 Programar en forma anual los planes operativos de la AIS mujer, con la participación de las Micro redes de servicios de salud.
- 13 Diseñar, ejecutar, monitorizar, supervisar y evaluar programas de salud dirigidos a los adolescentes promoviendo estilos de vida saludables.
- 14 Programar y efectuar supervisiones y monitoreo de actividades operativas de la atención de la mujer en las Micro redes y establecimientos de riesgo que requiere asistencia técnica.
- 15 Realizar permanentemente el análisis de los factores de muerte materna perinatal y buscar estrategias para su prevención y control.
- 16 Realizar la vigilancia epidemiológica de la muerte materna perinatal y evaluar el impacto de los indicadores de salud.
- 17 Elaborar, conducir, implementar, supervisar y evaluar planes de capacitación.
- 18 Participar en las actividades de capacitación y de gestión de la calidad del Área.
- 19 Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los diferentes niveles educativos, Coordinar, participar y garantizar la programación en el SIGA de las estrategias de su competencia
- 20 Otras funciones asignadas por el jefe superior inmediato.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas
 Todos los Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

Coordinaciones Externas
 Todas la Unidades Orgánicas.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

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

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

| | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a) | OBSTETRA |
| <input type="checkbox"/> Bachiller | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura | |
| <input type="checkbox"/> Especialidad | |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado <input type="checkbox"/> estudios | |
| <input type="checkbox"/> Doctorado | |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado | |

C.) ¿Se requiere

Sí No

¿Requiere profesional? habilitación

Sí No

CONOCIMIENTOS

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

| |
|---|
| CONOCIMIENTOS EN EL CAMPO ADMINISTRATIVO |
| CONOCIMIENTOS EN NORMAS TECNICAS VIGENTES DEL MINSA |
| ACREDITAR CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS. |

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.

CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL CAMPO ADMINISTRATIVO

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL CAMPO ADMINISTRATIVO.

Para establecimientos que cuentan con ecógrafo haber culminado diplomado de ecografía.

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 | | | |
| Quechua | X | | | |
| | | | | |

EXPERIENCIA

Experiencia general

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

Experiencia específica

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

Practicante Auxiliar o Analista / Supervisor / Jefe de Área o Gerente o Director

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO 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:

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

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

RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE

HABILIDADES O COMPETENCIAS

| |
|--|
| CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA |
| CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION |
| COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO |
| ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ. |



FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: RED DE SALUD DE TAYACAJA
Denominación: MEDICO CIRUJANO
Nombre del puesto: MEDICO CIRUJANO
Dependencia Jerárquica Lineal: RED DE SALUD TAYACAJA
Dependencia Jerárquica funcional: DIRECCION REGIONAL DE SALUD-HUANCAVELICA
Puestos que supervisa: CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD
Código de Plaza: MED-03

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar Atención Médica Integral en las diferentes etapas de vida promocional, preventivos, recuperativo y rehabilitación en los establecimientos de Salud de Primer nivel con prioridad en la atención del niño y la gestante.

FUNCIONES DEL PUESTO

| | |
|----|--|
| 1 | Organizar, Planificar, Evaluar y Supervisar las actividades delegadas al EESS acorde a los objetivos institucionales |
| 2 | Supervisar la aplicación adecuada del tratamiento médico establecido para el paciente de acuerdo a normas y guías de atención aprobada y vigentes. |
| 3 | Realizar la evaluación, atención y seguimiento de pacientes que requieran intervenciones quirúrgicas sencillas de emergencia |
| 4 | Interpretar análisis de laboratorio, placas, radiografías, electrocardiogramas y otros exámenes de ayuda diagnóstica |
| 5 | Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos médicos con prioridad en las enfermedades prevalentes del niño y la gestante. |
| 6 | Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidas a la familia y comunidad así como personal de establecimiento de salud según el MAIS BFC. |
| 7 | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR) y convenios SIS, FED, evaluación de desempeño y otros |
| 8 | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población y proponer requerimiento mensual de los medicamentos e insumos quirúrgicos. |
| 9 | Organizar y participar campañas de Atención Médica, Atención Integral de Salud y Educación para la Salud en Establecimientos del ámbito de su jurisdicción.. |
| 10 | Participar en el desarrollo de actividades de fortalecimiento de capacidades e investigación del personal de su cargo programados por el Establecimiento. |
| 11 | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde |
| 12 | Elaborar Historia Clínicas, expedir certificados nacimiento, defunciones y otros que se encuentren establecidos en normas vigentes |
| 13 | Realizar visitas domiciliarias efectivas priorizando el programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal. |
| 14 | Apoyar en la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano |
| 15 | Implementar y/o fortalecer la gestión de la calidad mediante la implementación de proyectos de mejora y auditoría de la calidad de registros |
| 16 | Realizar el registro de datos en los sistemas de información de Salud (HIS, SIS, SIEN, Hechos vitales, SISMED, NOTI, SIP 2000, padrón nominado de niños y niñas, gestantes, recursos humanos y otros). |
| 17 | Realizar la implementación de la Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad |
| 18 | Manejo adecuado de bioseguridad |
| 19 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de Acreditación de Establecimientos de Salud |
| 20 | Usos correcto y conservación de los Equipos y bienes del Establecimientos de salud |
| 21 | Realizar la Toma de ecografías a la sgestantes |
| 22 | Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia contrarreferencia |
| 23 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales |
| 24 | Mantener limpio el Establecimiento de Salud |
| 25 | Otras funciones Asignadas por el Jefe inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales |

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

Coordinaciones Externas

Todas la Unidades Orgánicas.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

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

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

- Egresado(a)
- Bachiller
- Título/ Licenciatura
- Maestría
- Egresado Titulado
- Doctorado
- Egresado Titulado

Médico Cirujano

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí No

CONOCIMIENTOS

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

Conocimiento en Emergencias Obstétricas y Neonatales, AIEPI Clínico, Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria y demás Normas Técnicas existentes y vigentes del MINSA

Conocimiento en ecografía

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:

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 | | | |
| Quechua | X | | | |
| | | | | |

EXPERIENCIA

Experiencia general

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

1 AÑO DE EXPERIENCIA INCLUIDO SERUMS

Experiencia específica

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

- Practicante o profesional
- Auxiliar o Asistente
- Analista / Especialista
- Supervisor / Coordinador
- Jefe de Área o Dpto.
- Gerente o Director

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

1 AÑO DE EXPERIENCIA INCLUIDO 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**:

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

1 AÑO DE EXPERIENCIA INCLUIDO SERUMS

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

CONSTANCIA DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE

HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.



ANEXO N° 01

CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE

Señores
COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST
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 (*) | | | |
| | Dist.: (*) | Prov.: (*) | Dep.: (*) |
| Fecha de nacimiento (*) | | | |
| N° de DNI (*) | | | |
| N° de RUC (*) | | | |
| Teléfono Fijo | | | |
| Teléfono Móvil | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Número de Cuenta Corriente | | | |
| Número total de folios (*) | | | |

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 02

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES

Señores
COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST
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, declaro bajo juramento:

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

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 03

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO

Señores
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST**
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, declaro bajo juramento:



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

→ Que no me encuentro impedido para ser postulante o contratista

Pampas,.....



.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 04

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION

Señores
COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST
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, 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 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.

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 05

LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO

Señores
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST**

Presente.-

De mi consideración:

YO:....., Declaro bajo juramento que no me une parentesco alguno hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de 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 vinculación laboral o contractual que tengan la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público o que tenga injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.

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

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante

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:

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

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 06

CARTA DE PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIA EN EL OBJETO DE LA CONTRATACION

Señores
COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST
 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° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST, 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 | PERIODO Meses y/o años | N° de FOLIO |
|----|------------------------------------|--|------------------------------|-------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

Huancavelica,.....

.....
 Firma y nombre del postulante

NOTA 1: Aquellas propuestas que no consignen los datos pedidos en el cuadro, no serán tomados en cuenta.

NOTA 2: 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.



ANEXO N° 07

CARTA DE PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIA EN CAPACITACIONES

Señores
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe, identificado con DNI N°
....., con RUC N°, domiciliado en
....., que se presenta como postulante de la
Contratación de Personal **CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-
2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**, presento la relación de la experiencia en
capacitación en el objeto de la contratación realizados por mi persona:

| N° | NOMBRE DE LA EXPERIENCIA EN CAPACITACIÓN | FECHA | DURACION | N° DE FOLIO |
|----|--|-------|----------|-------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 08

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Señores
COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST
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**, 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.

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 09

DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA

Señores
COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST
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**, declaro bajo juramento:

- Que todo el currículum 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.

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 10

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES JUDICIALES, POLICIALES NI PENALES

Señores
COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST
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**, declaro bajo juramento:

- Que no registro antecedentes judiciales.
- Que no registro antecedentes policiales.
- Que no registro antecedentes penales.

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante



ANEXO N° 11

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER SANCION POR FALTA ADMINISTRATIVA

Señores
COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 011-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-
CAS-UERST
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**, declaro bajo juramento no tener sanción por falta
administrativa.

Pampas,.....

.....
Firma y nombre del postulante

