



GORE
PUNO

DIRESA

REDESS
Macusani

ANEXO 01

SOLICITUD DE INSCRIPCION

SOLICITO: Inscripción al proceso de selección de la
Convocatoria Extraordinaria CAS 2021-I
COVID-19

SEÑOR:

**PRESIDENTE DE LA COMISION – CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2021-I COVID-19
RED DE SALUD CARABAYA – MACUSANI**

Yo,
identificado(a) con DNI N° con
domicilio en
..... ante
usted con el debido respeto me presento y digo:

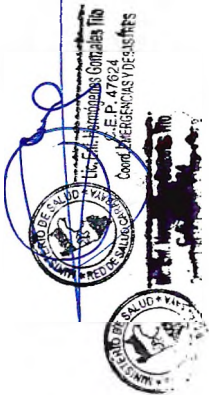
Que, ante la convocatoria pública para la Convocatoria Extraordinaria CAS 2021-1 COVID-19 de la Red de Salud Carabaya – Macusani, SOLICITO sea admitida mi inscripción como postulante al cargo de: con código de la Unidad Ejecutora 409 Red de Salud Carabaya - Macusani

POR LO EXPUESTO

Solicito admitir mi inscripción.

Macusani, de de 2021

Gustavo A. Vargas Vargas
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 5610



J. Antonio Chamblayca Delgado
(e) JEFE DE UNIDAD



FIRMA

DNI _____



ANEXO 02

DECLARACION JURADA DE CONFORMIDAD CON LAS BASES

Yo, Identificado(a) con DNI N° y con domicilio en **DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:**

Haber leído y entendido todos los procedimientos de la Convocatoria Extraordinaria CAS 2021-I COVID-19 de la Red de Salud Carabaya precisado en la Directiva, a los mismos que me someto en todos sus extremos, comprometiéndome cumplir tal como se precisa en la Directiva y las Bases de la Convocatoria Extraordinaria CAS 2021-I COVID-19.

Así mismo declaro que no me corresponde estar inmerso en el Artículo 8°, numeral 8.3 Inciso b) del D.Leg. N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del estado.

La presente Declaración Jurada, firmo a fin de prevenir actos indebidos con la Comision.

Macusani, de del 2021

[Handwritten signature]
Gustavo A. Vargas Vargas
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 5610

[Handwritten signature]
Lic. Enl. Champérez Gonzales Tito
C.E.P. ATCOCHA
UNIV. ESPERANZAS TIDESAYTES

[Handwritten signature]
J. ANTONIO Champérez Delegado
(e) JEFE DE UNIDAD

FIRMA
DNI _____





ANEXO 03

DECLARACION JURADA PARA BONIFICACION

Yo, Identificado(a) con DNI N°, mayor de edad, de estado civil, de profesión, a efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como en la Unidad Ejecutora 409 Red de Salud Carabaya, manifiesto con carácter de DECLARACIÓN JURADA lo siguiente:

BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD

(Marque con una "X" la respuesta)

Table with 3 columns: PERSONA CON DISCAPACIDAD, SI, NO. Row 1: Usted es una persona con discapacidad con lo establecido en la Ley N° 27050, Ley General de la persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por el CONADIS.

BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

(Marque con una "X" la respuesta)

Table with 3 columns: PERSONA LICENCIADAS DE LAS FUERZAS ARMANDAS, SI, NO. Row 1: Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas, de conformidad de lo establecido en la Resolución de Presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, que establece criterios para asignar una bonificación en concursos para puestos de trabajo en la Administración Pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de licenciado.

BONIFICACIÓN POR SERUMS, APLICACIÓN DEL DECRETO SUPREMO N° 007-2018-SA

(Marque con una "X" la respuesta)

Table with 3 columns: PERSONAL PROFESIONAL DE SALUD, SI, NO. Row 1: La bonificación es un beneficio que se otorga al profesional, por haber prestado servicios en zona de frontera o de menor desarrollo del país, de acuerdo a una categorización de los establecimientos de salud que se apruebe por Resolución Ministerial de Salud, para este fin. Usted ha trabajado bajo esta modalidad.

Macusani, de de 2021

FIRMA

DNI _____

Handwritten signature of Gustavo A. Vargas Vargas, Cirujano Dentista, C.O.P. 5810

Handwritten signature of Lic. Eli. Heriberto Gonzales Tito, C.A.P. 47524, N.º de Especialistas/DENOCIRES

Handwritten signature of J. Antonio Chambezaca Delgado, (e) JEFE DE UNIDAD, with official stamp of the Regional Health Directorate of Carabaya, Puno



GORE PUNO

DIRESA

REDESS Macusani

ANEXO 04

DECLARACIÓN JURADA PARA INCOMPATIBILIDAD, NEPOTISMO, ANTECEDENTES PENALES Y POLICIALES, Y RÉGIMEN PENSIONARIO

Yo, identificado(a) con DNI N° y con domicilio en DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE.

INCOMPATIBILIDAD

No tener impedimento de contratar con el Estado en la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios, ni estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el artículo 4° del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057 y el Decreto Supremo N° 019-02-PCM (1).

NEPOTISMO

No tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza de la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional Puno, que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.

La presente Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo, la presento dentro del marco de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, modificado por el Decreto Supremo N° 034-2005-PCM.

ANTECEDENTES PENALES Y POLICIALES

No tener antecedentes penales ni policiales

RÉGIMEN PENSIONARIO

Elijo el siguiente régimen de pensiones:

Sistema Nacional de Pensiones	<input type="checkbox"/>	Sistema Privado de Pensiones	Integra	<input type="checkbox"/>
			Pro Futuro	<input type="checkbox"/>
			Hábitat	<input type="checkbox"/>
			Prima	<input type="checkbox"/>

CUSPP N°

Nota: (1) Establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual.

Macusani, de de 2021

FIRMA
DNI _____

Guillermo A. Vargas Vargas
GUILLERMO A. VARGAS VARGAS
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 5810

Lic. E. A. Hernández Contreras Tito
Lic. E. A. Hernández Contreras Tito
C.E.P. 47624
Prof. Especialista en Gerencia de Recursos Humanos

J. Antonio Chambi Zela
J. Antonio Chambi Zela Delegado
(e) JEFE DE UNIDAD





GORE PUNO

DIRESA

REDESS Macusani

ANEXO 05

DECLARACIÓN JURADA DE NO PRESENTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS COMPATIBLES CON EL COVID-19

Yo, identificado(a) con DNI N° y con domicilio en DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE.

Que no presento en el momento actual signos ni síntomas respiratorios compatibles con COVID-19 y que no he estado expuesto a personas con la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días.

SIGNO / SINTOMA	SI	NO
Pérdida del sentido del olfato y del gusto		
Fiebre		
Dolor de garganta		
Dolores Musculares		
Tos		

La falsedad de lo anteriormente declarado, será sujeto a las medidas legales pertinentes.

Macusani, de de 2021

FIRMA
DNI _____

[Handwritten signature]
Gustavo A. Vargas Vargas
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 5810

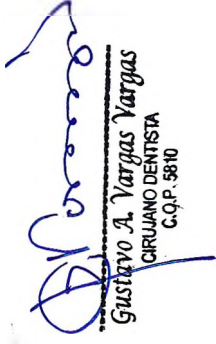


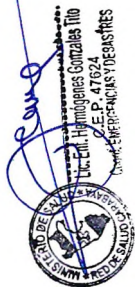
[Handwritten signature]
J. Antonio Chantayza Delgado
(e) JEFE DE UNIDAD



ANEXO 06

CARATULA EN TAPA DE FOLDER MANILA


Gustavo A. Vargas Vargas
CIRUJANO DENTISTA
C.Q.P. 5810


J. Antonio Chamblizca Delgado
E.P. 47624
Especialista en
Epidemiología y Estadística



GORE
PUNO

DIRESA

REDESS
Macusani

RED DE SALUD CARABAYA

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS
CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2021-I
COVID-19**

UNIDAD EJECUTORA:

CARGO:

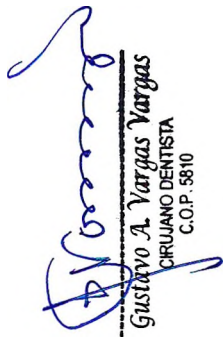
APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI:

N° DE FOLIOS


J. Antonio Chamblizca Delgado
(e) JEFE DE UNIDAD




Gustavo A. Vargas Vargas
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 5810



ANEXO 07

DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR REMUNERACIÓN ALGUNA DE NINGUNA OTRA INSTITUCIÓN PUBLICA NI FUERZAS POLICIALES O MILITARES (EN ACTIVIDAD O RETIRO) LEY MARCO DEL EMPLEO PUBLICO (LEY N° 28175)

Por el presente documento yo,
identificado(a) con D.N.I. N°, con domicilio en
..... y al amparo de
las Normas Legales.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, no percibo remuneración o pensión de otra Institución Pública, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso, así mismo declaro que tengo conocimiento de la Ley N° 28175 Ley Marco Del Empleo Público, en su Artículo 3° que establece **PROHIBICION DE DOBLE PERCEPCIÓN DE INGRESO.**

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito de falsa Declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fé Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 34° del T.U.O. de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Macusani, de de 2021


Lic. Ch. Hermiliones Gonzales Iño
C.O.P. 471524
COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE ESTREMS


J. Antonio Chantuzza Delgado
(e) JEFE DE UNIDAD

FIRMA

DNI _____



GORE
PUNO

DIRESA

REDESS
Macusani

ANEXO 08

FICHA DE AUTOEVALUACIÓN CURRICULAR CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2021-I COVID-19 TECNICOS

DATOS DEL POSTULANTE

Nombres y Apellidos	
Profesión:	
Cargo al que Postula:	

RUBRO	Puntaje Máximo	Puntaje Auto Calificación	Revisión
A. FORMACION ACADEMICA			
Título Técnico	50		
B. EXPERIENCIA LABORAL			
Por cada año de experiencia efectiva Seis (06) punto, Máximo Doce (12) Puntos	12		
C. ESPECIALIDAD EN EL ÁREA			
Cursos de Capacitación en Covid-19	18		
Cursos de Capacitación hasta cinco (05) años atrás	10		
Dos (02) punto por cada diplomado máximo diez (10) puntos	10		
TOTAL	100		

C.1 CAPACITACIÓN EN COVID (Máximo 18 puntos)

Item	Profesionales	Auto Calificación	Revisión	Observación
De 1 a 999 horas	Proporcional			
1000 horas a mas	18 puntos			
TOTAL HORAS				
TOTAL (Puntaje Máximo) (total horas x 18 / 1000)	18 puntos			

C.2 CAPACITACIÓN GENERAL (Máximo 10 puntos)

Item	Profesionales	Auto Calificación	Revisión	Observación
De 1 a 999 horas	Proporcional			
1000 horas a mas	10 puntos			
TOTAL HORAS				
TOTAL (Puntaje Máximo) (total horas x 10 / 1000)	10 puntos			

Gustavo A. Vargas Vargas
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 5610



Dr. Antonio Chamblazza Delgado
JEFE DE UNIDAD



Gustavo A. Vargas
Gustavo A. Vargas Vargas
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 9810

PUNTAJE CURRICULAR:

AUTOCALIFICACIÓN	REVISIÓN	FIRMA DE APROBACIÓN POR EL POSTULANTE	HUELLA DIGITAL

BONIFICACIONES (Se aplicará una sola bonificación, el de mayor puntaje del postulante, en caso de tener más de una bonificación, la cual se aplicará sobre el puntaje final obtenido)

Item	Porcentaje	Auto Calificación	Revisión
Licenciado de las Fuerzas Armadas	10%		
Persona con Discapacidad	15%		
Quintil de Pobreza			
Quintil 1	15%		
Quintil 2	10%		
Quintil 3	5%		
Quintil 4	2%		
Quintil 5	0%		

[Signature]
 Hospital Pangeles González TIO
 C.E.P. 47624
 DEPARTAMENTO DE SALUD
 DEPARTAMENTO DE SALUD

PUNTAJE TOTAL FINAL:

FACTORES	PUNTAJE AUTOCALIFICACION		REVISION	OBSERVACIÓN
EVALUACIÓN CURRICULAR	100			
BONIFICACIÓN				
PUNTAJE FINAL				

[Signature]
Dr. Antonio Chantabiza Delgado
 (e) JEFE DE UNIDAD

REGIONAL DE SALUD DE
 CABAÑA
 DEPARTAMENTO DE
 REGIMENES C
 DEPARTAMENTO DE SALUD

.....
 FIRMA DE LOS EVALUADORES Y/O ENTREVISTADORES




GORE
PUNO

DIRESA

REDESS
Macusani

ANEXO 08

FICHA DE AUTOEVALUACIÓN CURRICULAR CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2021-I COVID-19 PROFESIONALES


Gustavo A. Vargas Vargas
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 9810

DATOS DEL POSTULANTE

Nombres y Apellidos	
Profesión:	
Cargo al que Postula:	

RUBRO	Puntaje Máximo	Puntaje Auto Calificación	Revisión
A. FORMACION ACADEMICA			
Título Profesional	40		
Grado Maestría	5		
Grado Doctor	5		
B. EXPERIENCIA LABORAL			
Por cada año de experiencia efectiva Seis (06) punto, Máximo Doce (12) Puntos	12		
C. ESPECIALIDAD EN EL ÁREA			
Cursos de Capacitación en Covid-19	18		
Cursos de Capacitación hasta cinco (05) años atrás	10		
Dos (02) punto por cada diplomado máximo diez (10) puntos	10		
TOTAL	100		

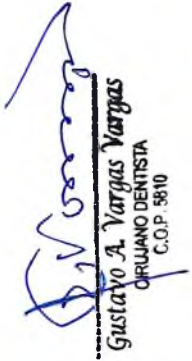

O. Antonio Charáñez Delgado
C.O.P. 47824
Jefe de Unidad

C.1 CAPACITACIÓN EN COVID (Máximo 18 puntos)

Item	Profesionales	Auto Calificación	Revisión	Observación
De 1 a 999 horas	Proporcional			
1000 horas a mas	18 puntos			
TOTAL HORAS				
TOTAL (Puntaje Máximo) (total horas x 18 / 1000)	18 puntos			

C.2 CAPACITACIÓN GENERAL (Máximo 10 puntos)

Item	Profesionales	Auto Calificación	Revisión	Observación
De 1 a 999 horas	Proporcional			
1000 horas a mas	10 puntos			
TOTAL HORAS				
TOTAL (Puntaje Máximo) (total horas x 10 / 1000)	10 puntos			


Gustavo A. Vargas Vargas
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 5810

PUNTAJE CURRICULAR:

AUTOCALIFICACIÓN	REVISIÓN	FIRMA DE APROBACIÓN POR EL POSTULANTE	HUELLA DIGITAL

BONIFICACIONES (Se aplicará una sola bonificación, el de mayor puntaje del postulante, en caso de tener más de una bonificación, la cual se aplicará sobre el puntaje final obtenido)

Item	Porcentaje	Auto Calificación	Revisión
Licenciado de las Fuerzas Armadas	10%		
Persona con Discapacidad	15%		
Quintil de Pobreza			
Quintil 1	15%		
Quintil 2	10%		
Quintil 3	5%		
Quintil 4	2%		
Quintil 5	0%		


 Lic. en Enfermería
 C.E.P. 47324
 UNIDAD DE ENFERMERÍA Y PSICHIATRÍA


PUNTAJE TOTAL FINAL:

FACTORES	PUNTAJE AUTOCALIFICACION		REVISION	OBSERVACIÓN
EVALUACIÓN CURRICULAR	100			
BONIFICACIÓN				
PUNTAJE FINAL				


 Dr. Antonio Chamboiza Delgado
 (e) JEFE DE UNIDAD


.....
 FIRMA DE LOS EVALUADORES Y/O ENTREVISTADORES