



GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

**ANEXO 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

**SOLICITO:** Inscripción al proceso de selección de la  
Convocatoria Extraordinaria CAS 2022-III

**SEÑOR:**

**PRESIDENTE DE LA COMISION – CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2022-III**

**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 2022-III 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 2022

\_\_\_\_\_  
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 2022-III 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 2022-III.

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 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI \_\_\_\_\_



GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

### 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)

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
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)

PERSONA LICENCIADAS DE LAS FUERZAS ARMANDAS	SI	NO
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)

PERSONAL PROFESIONAL DE SALUD	SI	NO
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 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI \_\_\_\_\_



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 <sup>(1)</sup>.

#### 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:

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

#### 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 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI \_\_\_\_\_



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 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI \_\_\_\_\_

ANEXO 06

CARATULA EN TAPA DE FOLDER MANILA



GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

RED DE SALUD CARABAYA

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS  
CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2022-III**

**UNIDAD EJECUTORA:**

---

**CARGO:**

---

**APELLIDOS Y NOMBRES:**

---

**DNI:**

**N° DE FOLIOS**

---



GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

## ANEXO 07

### **DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR REMUNERACIÓN ALGUNA DE NINGUNA OTRA INSTITUCIÓN PÚBLICA NI FUERZAS POLICIALES O MILITARES (EN ACTIVIDAD O RETIRO) LEY MARCO DEL EMPLEO PÚBLICO (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 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI \_\_\_\_\_

GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

**ANEXO 08**  
**FICHA DE AUTOEVALUACIÓN CURRICULAR**  
**CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2022-III**  
**PROFESIONALES**

DATOS DEL POSTULANTE	
Nombres y Apellidos	
Profesión:	
Cargo al que Postula:	

RUBRO	Puntaje Máximo	Puntaje Auto Calificación	Revisión
<b>A. FORMACION ACADEMICA</b>			
Título Profesional	40		
Grado Maestría	5		
Grado Doctor	5		
<b>B. EXPERIENCIA LABORAL</b>			
Por cada año de experiencia efectiva tres (03) punto, Máximo Doce (12) Puntos	12		
<b>C. ESPECIALIDAD EN EL ÁREA</b>			
Cursos de Capacitación hasta cinco (05) años atrás	24		
Dos (02) punto por cada diplomado máximo diez (10) puntos	10		
Dos (02) punto por cada resolución de felicitación máximo cuatro (04) puntos	04		
<b>TOTAL</b>	100		

**C. CAPACITACIÓN GENERAL (Máximo 24 puntos)**

Item	Profesionales	Auto Calificación	Revisión	Observación
De 1 a 999 horas	Proporcional			
1000 horas a mas	24 puntos			
TOTAL HORAS	→			
<b>TOTAL (Puntaje Máximo) (total horas x 24 / 1000)</b>	24 puntos			

**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%		
<b>Quintil de Pobreza</b>			
Quintil 1	15%		
Quintil 2	10%		
Quintil 3	5%		
Quintil 4	2%		
Quintil 5	0%		

**PUNTAJE TOTAL FINAL:**

FACTORES	PUNTAJE AUTOCALIFICACION		REVISION	OBSERVACIÓN
EVALUACIÓN CURRICULAR	100			
<b>BONIFICACIÓN</b>				
<b>PUNTAJE FINAL</b>	100			

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