



Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud

Red Integrada de Salud
Carabaya

ANEXO 01

SOLICITUD DE INSCRIPCION

SOLICITO: Inscripción al proceso de selección de la
Convocatoria Extraordinaria CAS 2025-I

SEÑOR:

PRESIDENTE DE LA COMISION – CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2025-I

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 denominada Convocatoria Extraordinaria CAS 2025-I
de la Red Integrada de Salud Carabaya – Macusani, SOLICITO sea admitida mi inscripción
como postulante al cargo de: de la Unidad
Ejecutora 409 Región Puno – Salud Macusani

POR LO EXPUESTO

Solicito admitir mi inscripción.

Macusani, de octubre de 2025

FIRMA

DNI _____



Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud

Red Integrada de Salud
Carabaya

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 2025-I de la Red Integrada 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 2025-I.

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 Comisión.

Macusani, de octubre del 2025

FIRMA

DNI _____



Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud

Red Integrada de Salud
Carabaya

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 octubre de 2025

FIRMA

DNI _____



Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud

Red Integrada de Salud
Carabaya

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

☐

Sistema Privado de Pensiones

Integra

☐

Pro Futuro

☐

Hábitat

☐

Prima

☐

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 octubre de 2025

FIRMA

DNI

ANEXO 05

CARATULA EN TAPA DE FOLDER MANILA



Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud

Red Integrada de Salud
Carabaya

RED INTEGRADA DE SALUD CARABAYA

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS
CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2025-I**

UNIDAD EJECUTORA:

U.E. 1006 REGION PUNO – SALUD MACUSANI _____.

CARGO:

APELLIDOS Y NOMBRES:

DNI:

N° DE FOLIOS



GORE
PUNO

DIRESA

REDESS
Macusani

ANEXO 06

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 octubre de 2025

FIRMA

DNI _____



Gobierno Regional
Puno

Dirección Regional
de Salud

Red Integrada de Salud
Carabaya

ANEXO 07

FICHA DE AUTOEVALUACIÓN CURRICULAR CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2025-I

PROFESIONALES

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

RUBRO	Puntaje Máximo	Puntaje Auto Calificación	Revisión
A. FORMACION ACADEMICA			
Título Profesional	40		
Segunda Especialidad	03		
Grado Maestría	03		
Grado Doctor	04		
B. EXPERIENCIA LABORAL			
Por cada año de experiencia efectiva tres (03) punto, Máximo Doce (12) Puntos	12		
C. ESPECIALIDAD EN EL ÁREA			
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		
TOTAL	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				
TOTAL (Puntaje Máximo) (total horas x 24 / 1000)	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%		
Quintil de Pobreza o Grado de Dificultas			
Quintil 1 – Dificultad V	15%		
Quintil 2 – Dificultad IV	10%		
Quintil 3 – Dificultad III	5%		
Quintil 4 – Dificultad II	2%		
Quintil 5 – Dificultad I	0%		

PUNTAJE TOTAL FINAL:

FACTORES	PUNTAJE AUTOCALIFICACION		REVISION	OBSERVACIÓN
EVALUACIÓN CURRICULAR	80			
ENTREVISTA PERSONAL	20			
BONIFICACIÓN				
PUNTAJE FINAL	100			

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