



GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

**ANEXO 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

**SOLICITO:** Inscripción al proceso de selección de la  
Convocatoria Extraordinaria CAS 2020-V

**SEÑOR:**

**PRESIDENTE DE LA COMISION – CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2020-V  
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 EXTRAORDINARIA CAS 2020-V 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 2020

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI \_\_\_\_\_

Johnny F. Charca Rodríguez  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP 50273  
SALUD DE LAS PERSONAS  
RED DE SALUD CARABAYA

GR. DE SALUD REGIONAL PUNO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD CARABAYA  
JOSE CARAYAX MAMANI CUST  
MÉDICO DE RESERVA HUMANO

Dr. Paul John Cano Pineda  
MÉDICO OCUPACIONAL  
DE MEDIO AMBIENTE  
CMP. 54928



GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

**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 del proceso de la CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2020-V 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 Bases de la Convocatoria Extraordinaria CAS 2020-V.

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 ..... del 2020

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI \_\_\_\_\_

*Johnny F. Charca Rodriguez*  
MEDICO CIRUJANO  
CMP 50273  
RED DE SALUD CARABAYA

GOBIERNO REGIONAL PUNO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD CARABAYA  
JOSÉ CARLOS MAMANI CUSI  
ESPECIALIDAD DE RECURSOS HUMANOS

*Dr. Paul John Cano Pineda*  
MEDICO OCUPACIONAL  
DE MEDIO AMBIENTE  
CMP: 54928



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:

Johnny F. Charca Rodriguez  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. 50278  
RED DE SALUD CARABAYA

**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)

JOSÉ CARLOS VIAMANT CUSI  
RED DE SALUD CARABAYA  
UNIDAD EJECUTORA 409  
GOBIERNO REGIONAL PUNO  
RECTORADO REGIONAL DE SALUD

PERSONA LICENCIADAS DE LAS FUERZAS ARMADAS	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)

Dr. Paul John Cano Pineda  
MÉDICO OCUPACIONAL  
DE MEDIO AMBIENTE  
C.M.P. 54928

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 2020

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 (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"/>
		CUSPP N° .....	Hábitat	<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 2020

FIRMA

DNI \_\_\_\_\_

Johnny Charca Rodriguez  
 MEDICO CIRUJANO  
 CAMP 50273  
 SALUD DE LAS PERSONAS  
 RED DE SALUD CARABAYA

JOSE CARLOS MAMANI CUSI  
 DIRECTOR REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD CARABAYA

Dr. Paul John Cano Pineda  
 MEDICO OCUPACIONAL  
 DE MEDIO AMBIENTE  
 CMP. 54928



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.

*Handwritten signature of Johnny F. Charca Rodriguez*  
**Johnny F. Charca Rodriguez**  
MEDICO CIUJANO  
CMP: 50273  
SALUD DE LAS PERSONAS  
RED DE SALUD CARAGAYA

*Handwritten signature of Jose Carlos Mamani Cusi*  
GOBIERNO REGIONAL PUNO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD CARAGAYA  
**JOSE CARLOS MAMANI CUSI**  
JEFE DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS  
GOBIERNO REGIONAL PUNO - WVS 001  
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS  
RED DE SALUD

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.

*Handwritten signature of Dr. Paul John Cano Pineda*  
**Dr. Paul John Cano Pineda**  
MEDICO OCUPACIONAL  
DE MEDIO AMBIENTE  
CMP: 54928

Macusani, ..... de ..... de 2020

FIRMA

DNI \_\_\_\_\_

CARATULA EN TAPA DE FOLDER MANILA

  
Johnny F. Charca Rodriguez  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP: 50273  
SALUD DE LAS PERSONAS  
RED DE SALUD CARABAYA

  
OSB CARLOS MAMANI CUSI  
EF: 170  
RECURSOS HUMANOS  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD CARABAYA



  
Dr. Paul John Cano Pineda  
MÉDICO OCUPACIONAL  
DE MEDIO AMBIENTE  
CMP: 54928



GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

RED DE SALUD CARABAYA

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS  
CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2020-V**

UNIDAD EJECUTORA:

---

CARGO:

---

APELLIDOS Y NOMBRES:

---

DNI:

---

N° DE FOLIOS

---

GORE  
PUNO

DIRESA

REDESS  
Macusani

## ANEXO 07

FICHA DE AUTOEVALUACIÓN CURRICULAR  
CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA CAS 2020-V

## 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	10		
Grado Maestría	3		
Grado Doctor	7		
<b>B. EXPERIENCIA LABORAL</b>			
Por cada año de experiencia efectiva como Director (Red de Salud/Hospital) Cuatro (04) punto, Máximo Veinte (20) Puntos	20		
Por cada año de experiencia profesional efectiva dos (02) punto, Máximo Veinte (20) Puntos	20		
<b>C. ESPECIALIDAD EN EL ÁREA</b>			
1. Cursos de Capacitación específicos al cargo hasta cinco (05) años atrás	20		
2. Otros Cursos de Capacitación hasta cinco (05) años atrás	15		
Un (01) punto por cada diplomado específico al cargo, máximo cinco (05) puntos	5		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

## C.1 CAPACITACIÓN ESPECIFICA AL CARGO (Máximo 20 puntos)

Item	Profesionales	Auto Calificación	Revisión	Observación
De 1 a 999 horas	Proporcional			
1000 horas a mas	20 puntos			
TOTAL HORAS				
<b>TOTAL (Puntaje Máximo)</b> (total horas x 20 / 1000)	20 puntos			

## C.2 CAPACITACIÓN (Máximo 15 puntos)

Item	Profesionales	Auto Calificación	Revisión	Observación
De 1 a 999 horas	Proporcional			
1000 horas a mas	15 puntos			
TOTAL HORAS				
<b>TOTAL (Puntaje Máximo)</b> (total horas x 15 / 1000)	15 puntos			

  
**Johnny F. Charra Rodriguez**  
 MÉDICO CIRUJANO  
 CMP. 50273  
 SALUD DE LAS PERSONAS  
 RED DE SALUD CAGABAYA



  
**JOSÉ CARLOS MAMANT CUSI**  
 ESPECIALISTA EN TÉCNICOS ANIMADOS  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 RED DE SALUD CAGABAYA



  
**Dr. Paul John Cano Pineda**  
 MÉDICO OCUPACIONAL  
 DE MEDIO AMBIENTE  
 CMP. 54928

**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	70%			
ENTREVISTA PERSONAL	30%			
BONIFICACIÓN				
<b>PUNTAJE FINAL</b>	100%			

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

*Johny F. Chiarra Rodríguez*  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP 50273  
RED DE LAS PERSONAS  
RED DE SALUD CARAGUAYA



*José Carlos Mamani Cusi*  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD CARAGUAYA  
UNIDAD DE SALUD HUMANA  
RED DE SALUD CARAGUAYA

JOSÉ CARLOS MAMANI CUSI  
RED DE SALUD CARAGUAYA



*Dr. Paul John Cotto Pineda*  
MÉDICO OCUPACIONAL  
DE MEDIO AMBIENTE  
CMP. 54928