



ANEXO N° 01:

SEÑORES:

COMISIÓN DE LA COMISION ESPECIAL DE PROCESOS DE SELECCIÓN CAS COVID N° 003-2021 RED DE SALUD CASTILLA CONDESUYOS LA UNION.

Presente.-

Yo..... Identificado (a) con DNI N°....., mediante la presente solicito se me considere para participar en el PROCESO CAS COVID N° 003-2021 RED DE SALUD CASTILLA CONDESUYOS LA UNION a fin de acceder a la Plaza de:

Para lo cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado y que adjunto a la presente mi Curriculum documentado, copia del DNI, y declaraciones juradas según formato.

Aplao,..... de..... Del 2021

.....
Firma del postulante
DNI N°.....
Celular/Telf.....

[Handwritten signatures and notes in blue ink on the left margin]



ANEXO N° 02

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR Y DE NO PERCIBIR OTROS INGRESOS DEL ESTADO

[Handwritten signature]

Yo,.....identificado (a) con DNI N°....., domiciliado (a) en....., Provincia..... Departamento..... postulante al PROCESO CAS COVID N° 003-2021 RED DE SALUD CASTILLA CONDESUYOS LA UNION, "....." (Plaza a la que postula) al amparo del principio de veracidad establecido en el artículo IV. Numeral 1.7 del título Preliminar de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, y de lo dispuesto en el Art. 42º y Art. 242º de la referida norma, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

[Handwritten signature]

Que, no tengo impedimento para contratar y no percibo otros ingresos de estado ni cuento con contrato actual en otra entidad del estado.

[Handwritten signature]

NOTA:

Para las notificaciones, los interesados deben consignar domicilio en el lugar donde se realiza el proceso.

Aplao,..... de..... Del 2021

.....
Firma del postulante
DNI N°.....
Celular/Telf.....



ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR PENSION ALIMENTICIA.

Yo, Identificado (a) con DNI N°
domiciliado (a) en Provincia
Departamento postulante al PROCESO CAS COVID N° 003-2021 RED DE
SALUD CASTILLA CONDESUYOS LA UNION, " " (Plaza a la que
postula) al amparo del principio de veracidad establecido en el artículo IV. Numeral 1.7 del
título Preliminar de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, y de lo
dispuesto en el Art. 42º y Art. 242º de la referida norma, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que, no tengo deudas por pensión alimenticia.

NOTA:

Para las notificaciones, los interesados deben consignar domicilio en el lugar donde se realiza el proceso.

Aplao, de Del 2021

.....
Firma del postulante
DNI N°
Celular/Telf.



ANEXO N° 04

DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER SIDO DESTITUIDO NI SANCIONADO POR LA ADMINISTRACION PÚBLICA.

Yo,..... Identificado (a) con DNI N°....., domiciliado (a) en....., Provincia..... Departamento..... postulante al PROCESO CAS COVID N° 003-2021 RED DE SALUD CASTILLA CONDESUYOS LA UNION, "....." (Plaza a la que postula) al amparo del principio de veracidad establecido en el artículo IV. Numeral 1.7 del título Preliminar de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, y de lo dispuesto en el Art. 42º y Art. 242º de la referida norma, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que, no he sido DESTITUIDO ni SANCIONADO por la administración pública.

NOTA:

Para las notificaciones, los interesados deben consignar domicilio en el lugar donde se realiza el proceso.

Aplao,..... de..... Del 2021

.....
Firma del postulante
DNI N°.....
Celular/Telf.....

Handwritten notes and signatures in blue ink on the left margin.



**ANEXO Nº 05
DECLARACION JURADA**

DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR PRESENTANDOSE SIMULTANEAMENTE A CONCURSO EN OTRAS UNIDADES EJECUTORAS.

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

Yo,..... identificado (a) con DNI Nº
domiciliado (a) en, Provincia.....
Departamento..... Postulante al PROCESO CAS COVID Nº 003-2021 RED DE SALUD
CASTILLA CONDESUYOS LA UNION, "....." (Plaza a la que
postula) al amparo del principio de veracidad establecido en el artículo IV. Numeral 1.7 del
título Preliminar de la Ley Nº 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, y de lo
dispuesto en el Art. 42º y Art. 242º de la referida norma, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que, NO ESTOY PRESENTANDOME SIMULTANEAMENTE A CONCURSO EN OTRAS UNIDADES EJECUTORAS.

NOTA:

Para las notificaciones, los interesados deben consignar domicilio en el lugar donde se realiza el proceso.

Aplao,..... de..... Del 2021

.....
Firma del postulante
DNI Nº.....
Celular/Telf.....



ANEXO N° 06

DECLARACION JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LABORES EN LA RED CCU.

YO..... IDENTIFICADO (A) CON D.N.I. N°
..... DE PROFESION..... CON DOMICILIO LEGAL
EN..... PROVINCIA.....
DEPARTAMENTO.....

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

He laborado en la Red CCU, por Contrato en las fechas y establecimientos que menciono:

Hospital, Centro o Puesto de Salud	Desde	Hasta	Modalidad de Contrato CONT 276, SERUMS, CAS, CLAS	Tiempo de Servicio
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		

Lo declarado se ajusta a la verdad y soy consciente lo estipulado en la Ley 27444, Artículo 41º, Literal 41.1.3; y el Artículo 42º, de la Presunción de veracidad, en su Literal 42.1.

NOTA:

Para las notificaciones, los interesados deben consignar domicilio en el lugar donde se realiza el proceso.

Aplao..... de..... Del 2021

.....
Firma del postulante
DNI N°.....
Celular/Telf.....



**ANEXO Nº 07
DECLARACION JURADA**

YO,.....
IDENTIFICADO (A) CON D.N.I. Nº. CON DOMICILIO LEGAL EN..... POSTULANTE AL PROCESO CAS COVID Nº 003-2021 RED DE SALUD CASTILLA CONDESUYOS LA UNION a la plaza de.....

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS LO HAGO AL AMPARO DEL PRINCIPIO DE PRESUNCION DE VERACIDAD Y CONLLEVA LA REALIZACION OBLIGATORIA DE ACCIONES DE FISCALIZACION POSTERIOR A CARGO DE LA ENTIDAD (Ley 27444 Articulo 41 . literal 41.2) .

ASIMISMO DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE LAS EXPRESIONES ESCRITAS CONTENIDAS EN DECLARACIONES CON CARÁCTER JURADO MEDIANTE LAS CUALES AFIRMO MI SITUACION O ESTADO FAVORABLE EN RELACION CON LOS REQUISITOS QUE SOLICITA LA ENTIDAD EN REMPLAZO DE CERTIFICACIONES OFICIALES SOBRE MIS CONDICIONES.

DECLARACION JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES, POLICIALES, DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INMERSO EN LA LEY DE NEPOTISMO, DECLARACION JURADA DE NO ESTAR LABORANDO EN CONDICION DE NOMBRADO (a) A LA FECHA EN NINGUNA INSTITUCION DEL SECTOR, DECLARACION JURADA DE VERACIDAD (Ley 27444 .Articulo 41 literal 41.1.3)

DECLARO QUE:

	SI	NO
• Cuento con Antecedentes Penales ni Judiciales.	()	()
• Cuento con Antecedentes Policiales	()	()
• Me encuentro con Buena Salud-Físico Mental	()	()
• Estoy comprendido (a) en la Ley Nro.26771(Nepotismo)	()	()
• Declaro bajo juramento la veracidad de documentos en virtud de la Ley 27444.	()	()

NOTA:

Para las notificaciones, los interesados deben consignar domicilio en el lugar donde se realiza el proceso.

Aplao,..... de..... Del 2021

.....
Firma del postulante
DNI Nº.....
Celular/Telf.....

ANEXO N° 08
DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO

Yo,
identificado/a con DNI CE PAS N°, al amparo del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

() Sí / () No, tengo en el HOSPITAL DE APLAO familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que gocen de la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar a la Entidad.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo dispuesto en las normas sobre la materia.

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso, estoy sujeto/a a los alcances de lo establecido en los artículos 411 y 438 del Código Penal¹.

Ciudad, _____ de _____ de 2021.

Firma

¹ Falsa declaración en procedimiento administrativo

Artículo 411.- El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Falsedad genérica

Artículo 438.- El que de cualquier otro modo que no esté especificado en los Capítulos precedentes, comete falsedad simulando, suponiendo, alterando la verdad intencionalmente y con perjuicio de terceros, por palabras, hechos o usurpando nombre, calidad o empleo que no le corresponde, suponiendo viva a una persona fallecida o que no ha existido o viceversa, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos ni mayor de cuatro años.

ANEXO 9
DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

[Handwritten signature]

Apellidos y Nombres		
Unidad Orgánica / Oficina		
Celular		
Domicilio		
Correo Electrónico		
DNI	Edad	

Por medio de la presente, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, encontrarme dentro del grupo de servidores con riesgo vulnerable por tener:

[Handwritten signature]

	Aspecto a evaluar	Marque lo correspondiente:		Observaciones
		SI	NO	
1	Edad mayor a 65 años			
2	Hipertensión arterial no controlada			
3	Enfermedades cardiovasculares graves			
4	Cáncer			
5	Diabetes Mellitus			
6	Asma moderada o grave			
7	Enfermedad pulmonar crónica			
8	Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis			
9	Enfermedad o tratamiento inmunosupresor			
10	Obesidad con IMC de 40 a más (*)			
11	Otros (embarazo o enfermedad immune)			

(*) El índice de masa corporal (IMC) se determina usando la fórmula peso(kg) / estatura(m)² Ejemplo: Peso 68 kg, Estatura = 1.66 m, Cálculo IMC = 68 / (1.65) (1.65) = 24.98

La información brindada en la presente Declaración Jurada es verdadera, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de la comprobación de su falsedad o inexactitud, así como la presentación de los documentos que acrediten tal condición a solicitud del Hospital Cayetano Heredia.

Arequipa, ___ de _____ del 2021.

_____ **FIRMA**

_____ **HUELLA**

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA DE LA COVID-19

Apellidos y Nombres		
Unidad Orgánica / Oficina		
Celular		
Domicilio		
Correo Electrónico		
DNI	Edad	

Por medio de la presente, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, que en los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

	Aspecto a evaluar	Marque lo correspondiente:		Observaciones
		SI	NO	
1	Sensación de alza térmica o fiebre			
2	Tos, estornudos o dificultad para respirar			
3	Expectoración o flema amarilla o verdosa			
4	Pérdida del gusto y/o olfato			
5	Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19			
6	Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles)			

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o declarar información falsa puedo perjudicar la salud de mis compañeros de trabajo, y la mía propia, asumiendo las responsabilidades que correspondan.

Arequipa, ___ de _____ del 2021.

FIRMA





CUADRO DE ADJUDICACIÓN DE PLAZA PROCESO DE SELECCIÓN CAS COVID 003-2021.

UNIDAD EJECUTORA 404

RED DE SALUD CCU.

FECHA: / /2021

Nº ORD.	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	UBICACIÓN DE PLAZA	D.N.I.	FIRMA	HUELLA DIGITAL

.....
Presidente
.....
Miembro
.....
Secretario

EVALUACION CURRICULAR PROFESIONALES

CARGO AL QUE POSTULA :

APELLIDOS Y NOMBRES :

1.- CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO:

A. FORMACION UNIVERSITARIA (máximo 40 Puntos) ACUMULATIVO	PUNTAJE	EVALUACION
a) Título Profesional Universitario	30 Puntos	
b) Título de Especialista (especialización universitaria)	05 puntos	
c) Maestría con Estudios Concluidos	02 Puntos	
d) Doctorado con Estudios Concluidos	03 Puntos	
SUB TOTAL		
B. DOCENCIA UNIVERSITARIA (Máximo 05 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACION
a) Profesor principal 1 X año de servicio	02 Puntos	
b) Profesor Asociado 1 X año de servicio	01 puntos	
c) Profesor Auxiliar 1 X año de servicio	01 Puntos	
d) Jefe de Practicas 0.5 X año de servicio	01 Puntos	
SUB TOTAL		
C. PRODUCCIÓN CIENTIFICA (Máximo 05 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACION
a) Trabajos de investigación reconocido por Institución Científica u Organismo Estatal por Cada Trabajo	02 Puntos	
b) Aportes Técnicos reconocidos por Institución Científica u Organismo Estatal Difundido o publicado	02 Puntos	
c) Trabajo de ensayo y/o publicación de libros: por cada trabajo	01 Puntos	
SUB TOTAL		
D. CAPACITACION relacionada al cargo (Máximo 40 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACION
a) Cursos mayores de 1 ms a 3 ms	04 Puntos	
b) Cursos mayores de 3 ms A 5ms.	06 Puntos	
c) Cursos mayores de 5 ms A 8 ms.	08 Puntos	
d) Cursos mayores de 8 ms	10 Puntos	
e) Acumulación de cursos, por cada crédito 1 punto, cada 17 horas 1 crédito.	12 Puntos	
SUB TOTAL		

2. FACTOR MERITOS (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACION
Por Resolución emitida por instituciones estatales	02	
Por Oficio y/o Carta	01	
SUB TOTAL		

3. FACTOR TIEMPO DE SERVICIO EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por haber laborado en Instituciones del Ministerios de Salud en funciones inherentes al cargo que postula por año: 2 por año.	04 Puntos	
Por haber laborado en otras Instituciones del Estado en funciones inherentes al cargo que postula por año: 1 por año. (Entidades privadas 0.5 por año, por funciones en el cargo)	01 Punto	
	SUB-TOTAL	

PUNTAJE ADICIONAL:.....

TOTAL PUNTOS CURRICULUM:.....

EVALUACIÓN CURRICULAR TECNICOS

CARGO AL QUE POSTULA :

APELLIDOS Y NOMBRES :

1.- CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO:

A. FORMACION (máximo 50 Puntos) ACUMULATIVO	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Título de Instituto o Escuela Superior	50 Puntos	
b) Bachiller Universitario y/o Profesional	50 puntos	
	SUB TOTAL	

D. CAPACITACION relacionada al cargo (Máximo 40 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Cursos mayores de 1 ms a 3 ms	04 Puntos	
b) Cursos mayores de 3 ms A 5ms.	06 Puntos	
c) Cursos mayores de 5 ms A 8 ms.	08 Puntos	
d) Cursos mayores de 8 ms	10 Puntos	
e) Acumulación de cursos, por cada crédito 1 punto, cada 17 horas 1 crédito.	12 Puntos	

2. FACTOR MERITOS (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por Resolución emitida por instituciones estatales 02	02 Puntos	



GOBIERNO REGIONAL



Por Oficio y/o Carta 01	01 Puntos	
	SUB TOTAL	

Handwritten notes and signatures in blue ink:
 - A large signature at the top left.
 - A signature in the middle left.
 - A signature at the bottom left.

3. FACTOR TIEMPO DE SERVICIO EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por haber laborado en Instituciones del Ministerios de Salud en funciones inherentes al cargo que postula por año: 2	02 Puntos	
Por haber laborado en otras Instituciones del Estado en funciones inherentes al cargo que postula por año: 1, (Entidades privadas 0.5 por año, por funciones en el cargo)	01 Punto	
	SUB- TOTAL	

TOTAL PUNTOS CURRICULUM:

PUNTAJE ADICIONAL:

EVALUACIÓN CURRICULAR AUXILIARES

CARGO AL QUE POSTULA :

APELLIDOS Y NOMBRES :

1.- CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO:

A. (máximo 50 Puntos) ACUMULATIVO	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Secundaria completa	50 Puntos	
b) Egresado Universitario y/o Titulo de Instituto Superior	50 puntos	
	SUB TOTAL	

B. CAPACITACION relacionada al cargo (Máximo 40 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Cursos mayores de 1 ms a 3 ms	04 Puntos	

b) Cursos mayores de 3 ms A 5ms.	06 Puntos	
c) Cursos mayores de 5 ms A 8 ms.	08 Puntos	
d) Cursos mayores de 8 ms	10 Puntos	
e) Acumulación de cursos, por cada crédito 1 punto, cada 17 horas 1 crédito.	12 Puntos	
	SUB TOTAL	

2. FACTOR MERITOS (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por Resolución emitida por instituciones estatales 2	02 Puntos	
Por Oficio y/o Carta 1	01 Puntos	
	SUB TOTAL	

3. FACTOR TIEMPO DE SERVICIO EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por haber laborado en Instituciones del Ministerios de Salud en funciones inherentes al cargo que postula por año: 2	02 Puntos	
Por haber laborado en otras Instituciones del Estado en funciones inherentes al cargo que postula por año: 1. (Entidades privadas 0.5 por año, por funciones en el cargo)	01 Punto	
	SUB- TOTAL	

TOTAL PUNTOS CURRICULUM:.....

PUNTAJE ADICIONAL:.....



[Handwritten signature]

CUADRO DE ADJUDICACIÓN DE PLAZA PROCESO DE SELECCIÓN CAS 003-2021.

UNIDAD EJECUTORA 404

RED DE SALUD CCU.

FECHA: /04/2021

Nº ORD.	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	UBICACIÓN DE PLAZA	D.N.I.	FIRMA	HUELLA DIGITAL

.....
Presidente

.....
Miembro

.....
Secretario

EVALUACION CURRICULAR PROFESIONALES

CARGO AL QUE POSTULA :

APELLIDOS Y NOMBRES :

1.- CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO:

A. FORMACION UNIVERSITARIA (máximo 40 Puntos) ACUMULATIVO	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Título Profesional Universitario	30 Puntos	
b) Título de Especialista (especialización universitaria)	05 puntos	
c) Maestría con Estudios Concluidos	02 Puntos	
d) Doctorado con Estudios Concluidos	03 Puntos	
SUB TOTAL		
B. DOCENCIA UNIVERSITARIA (Máximo 05 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Profesor principal 1 X año de servicio	02 Puntos	
b) Profesor Asociado 1 X año de servicio	01 puntos	
c) Profesor Auxiliar 1 X año de servicio	01 Puntos	
d) Jefe de Practicas 0.5 X año de servicio	01 Puntos	
SUB TOTAL		
C. PRODUCCIÓN CIENTIFICA (Máximo 05 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Trabajos de investigación reconocido por Institución Científica u Organismo Estatal por Cada Trabajo	02 Puntos	
b) Aportes Técnicos reconocidos por Institución Científica u Organismo Estatal Difundido o publicado	02 Puntos	
c) Trabajo de ensayo y/o publicación de libros: por cada trabajo	01 Puntos	
SUB TOTAL		
D. CAPACITACION relacionada al cargo (Máximo 40 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Cursos mayores de 1 ms a 3 ms	04 Puntos	
b) Cursos mayores de 3 ms A 5ms.	06 Puntos	
c) Cursos mayores de 5 ms A 8 ms.	08 Puntos	
d) Cursos mayores de 8 ms	10 Puntos	
e) Acumulación de cursos, por cada crédito 1 punto, cada 17 horas 1 crédito.	12 Puntos	
SUB TOTAL		

2. FACTOR MERITOS (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por Resolución emitida por instituciones estatales 02	04 Puntos	
Por Oficio y/o Carta 01	01 Puntos	
SUB TOTAL		

3. FACTOR TIEMPO DE SERVICIO EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por haber laborado en Instituciones del Ministerios de Salud en funciones inherentes al cargo que postula por año: 2 por año.	04 Puntos	
Por haber laborado en otras Instituciones del Estado en funciones inherentes al cargo que postula por año: 1 por año. (Entidades privadas 0.5 por año, por funciones en el cargo)	01 Punto	
SUB-TOTAL		

PUNTAJE ADICIONAL:

TOTAL PUNTOS CURRICULUM:



EVALUACIÓN CURRICULAR TECNICOS

CARGO AL QUE POSTULA :

APELLIDOS Y NOMBRES :

Andrés
Alfonso
Ortiz

1.- CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO:

A. FORMACION (máximo 50 Puntos) ACUMULATIVO	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Título de Instituto o Escuela Superior	50 Puntos	
b) Bachiller Universitario y/o Profesional	50 puntos	
SUB TOTAL		

D. CAPACITACION relacionada al cargo (Máximo 40 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Cursos mayores de 1 ms a 3 ms	04 Puntos	
b) Cursos mayores de 3 ms A 5ms.	06 Puntos	
c) Cursos mayores de 5 ms A 8 ms.	08 Puntos	
d) Cursos mayores de 8 ms	10 Puntos	
e) Acumulación de cursos, por cada crédito 1 punto, cada 17 horas 1 crédito.	12 Puntos	

2. FACTOR MERITOS (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por Resolución emitida por instituciones estatales 02	02 Puntos	
Por Oficio y/o Carta 01	01 Puntos	
SUB TOTAL		

3. FACTOR TIEMPO DE SERVICIO EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por haber laborado en Instituciones del Ministerios de Salud en funciones inherentes al cargo que postula por año: 2	02 Puntos	
Por haber laborado en otras Instituciones del Estado en funciones inherentes al cargo que postula por año: 1. (Entidades privadas 0.5 por año, por funciones en el cargo)	01 Punto	
SUB-TOTAL		

TOTAL PUNTOS CURRICULUM:

PUNTAJE ADICIONAL:

EVALUACIÓN CURRICULAR AUXILIARES

CARGO AL QUE POSTULA :

APELLIDOS Y NOMBRES :

1.- CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO:

A. (máximo 50 Puntos) ACUMULATIVO	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Secundaria completa	50 Puntos	
b) Egresado Universitario y/o Título de Instituto Superior	50 puntos	
	SUB TOTAL	

B. CAPACITACION relacionada al cargo (Máximo 40 Puntos)	PUNTAJE	EVALUACIÓN
a) Cursos mayores de 1 ms a 3 ms	04 Puntos	
b) Cursos mayores de 3 ms A 5ms.	06 Puntos	
c) Cursos mayores de 5 ms A 8 ms.	08 Puntos	
d) Cursos mayores de 8 ms	10 Puntos	
e) Acumulación de cursos, por cada crédito 1 punto, cada 17 horas 1 crédito.	12 Puntos	
	SUB TOTAL	

2. FACTOR MERITOS (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por Resolución emitida por instituciones estatales 2	02 Puntos	
Por Oficio y/o Carta 1	01 Puntos	
	SUB TOTAL	

3. FACTOR TIEMPO DE SERVICIO EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO (Máximo 5 Puntos):

	PUNTAJE	EVALUACIÓN
Por haber laborado en Instituciones del Ministerios de Salud en funciones inherentes al cargo que postula por año: 2	02 Puntos	
Por haber laborado en otras Instituciones del Estado en funciones inherentes al cargo que postula por año: 1. (Entidades privadas 0.5 por año, por funciones en el cargo)	01 Punto	
	SUB-TOTAL	

TOTAL PUNTOS CURRICULUM:

PUNTAJE ADICIONAL: