**CRONOGRAMA Y BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE LA PRIMERA CONVOCATORIA CAS 2019 UNIDAD EJECUTORA SALUD HUALGAYOC BAMBAMARCA (UESH-BCA).**

1. **CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETAPAS DEL PROCESO** | **CRONOGRAMA** | **RESPONSABLE** |
| **CONVOCATORIA** |
| 1 | Publicación de la Convocatoria en la Web de Empleos Perú y del GRC  | 14/03/19 al 27/03/2019 | Dirección de Personal y Centro de Información y Sistemas del Gobierno Regional de Cajamarca |
| 2 | Presentación de Hoja de Vida documentada. | 28/03/2019Hora:De 7:30 a.m. a 1:00 p.m.De 2:30 p.m. a 5:00 p.m. | Trámite Documentario de la Sede de la UESH-BCA.  |
| **SELECCIÓN** |
| 5 | Evaluación de la Hoja de Vida. | 28/03/2019  | Comisión CAS |
| 6 | Publicación de resultados de la Evaluación de la Hoja de Vida en la Página Oficial de Facebook de la UESH-Bca y Periódico Mural de la UESH-Bca. | 28/03/2019 | Oficina de Comunicaciones de la UESH-BCA y Comisión CAS |
| 7 | Entrevista Personal. Lugar: Auditorio de la Sede de la UESH-Bca | 29/03/2019 De 7:30 a.m. a 1:00 p.m.De 2:30 p.m. a 5:00 p.m. | Comisión CAS |
| 8 | Publicación del Resultado final en la Página Oficial de Facebook de la UESH-Bca y Periódico Mural de la UESH-Bca. | 29/03/2019 | Oficina de Comunicaciones de la UESH-BCA y Comisión CAS  |
| **SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO** |
| 9 | Suscripción y Registro del Contrato. | 01/04/2019 | Dirección de Personal de la UESH-BCA |

1. **PLAZAS OFERTADAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CODIGO DEL PUESTO** | **CARGO/PUESTO** | **LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO** |
| **CAS 001-2019** | **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** | **C.S. VIRGEN DEL CARMEN** |
| **CAS 002-2019** | **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** | **HOSP. TITO VILLAR CABEZA-BAMBAMARCA** |
| **CAS 003-2019** | **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** | **C.S. VIRGEN DEL CARMEN** |
| **CAS 004-2019** | **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** | **P.S. QUINUA BAJA** |
| **CAS 005-2019** | **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** | **P.S. SAN JUAN DE LA CAMACA** |
| **CAS 006-2019** | **OBSTETRA** | **C.S. EL TAMBO** |
| **CAS 007-2019** | **OBSTETRA** | **P.S. SAN JUAN DE LUCMACUCHO** |
| **CAS 008-2019** | **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA** | **HOSP. TITO VILLAR CABEZA-BAMBAMARCA** |
| **CAS 009-2019** | **TÉCNICO EN ENFERMERÍA** | **P.S. SUGARMAYO** |
| **CAS 010-2019** | **TÉCNICO EN ENFERMERÍA** | **P.S. LA HUALANGA** |
| **CAS 011-2019** | **MÉDICO CIRUJANO** | **C.S. EL TAMBO** |

1. **INSCRIPCIÓN.-**

La inscripción en Mesa de Partes de la Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca, según el cronograma establecido en la Bases: del 28/03/2019 hasta las 5:00 pm, hora en que se cerrará la inscripción, y la presentación de expedientes.

1. **FACTORES DE EVALUACIÓN.**

Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán los siguientes puntajes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUACIONES** | **PESO** | **PUNT.****MIN.** | **PUNT.****MAX.** |
| **EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA** | **60%** | **40** | **60** |
| 1. Formación académica
 |  |  | 20 |
| 1. Experiencia laboral
 |  |  | 30 |
| 1. Capacitación en el área o afines
 |  |  | 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN DE HOJA DE VIDA** | **PUNTAJE** |
| **FORMACION ACADÉMICA** | **20** |
| • Dos o más niveles | 20 |
| • Un nivel educativo más | 18 |
| • Si cumple con lo solicitado | 16 |
| **EXPERIENCIA LABORAL** | **30** |
| **Sector Público y/ o privado** | **19** |
| • Más de 05 años  | 19 |
| • Más de 04 a 05 años | 18 |
| • Más de 03 a 04 años | 17 |
| • De 02 a 03 años | 15 |
| **Experiencia en el cargo/ en la actividad**  | **11** |
| • Más de 05 años | 11 |
| • Más de 04 a 05 años | 10 |
| • Más de 03 a 04 años | 9 |
| • De 02 a 03 años | 7 |
| **CAPACITACIÓN EN EL ÁREA O AFINES** | **10** |
| • Más de 350 horas | 10 |
| • De 251 a 350 horas | 9 |
| • De 151 a 250 horas | 8 |
| • De 91 a 150 horas | 7 |
| • De 12 a 90 horas  | 6 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUACIONES** | **PESO** | **PUNT.****MIN.** | **PUNT.****MAX.** |
| **ENTREVISTA PERSONAL** | **40%** | **25** | **40** |
| 1. Dominio temático
 |  |  | 15 |
| 1. Capacidad analítica
 |  |  | 10 |
| 1. Facilidad de comunicación
 |  |  | 7 |
| 1. Ética y competencias
 |  |  | 8 |
| **PUNTAJE TOTAL** | **100%** | **65** | **100** |

Resumen de evaluación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EVALUACIONES** | **PESO** | **PUNT.****MIN.** | **PUNT.****MAX.** |
| **EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA** | **60%** | **40** | **60** |
| **ENTREVISTA PERSONAL** | **40%** | **25** | **40** |
| **PUNTAJE TOTAL** | **100%** | **65** | **100** |

1. **DE LA CALIFICACIÓN**

Cada etapa de evaluación es eliminatoria, debiendo el postulante alcanzar el puntaje mínimo aprobatorio señalado en el cuadro anterior para pasar a la siguiente etapa.

El proceso de selección se llevará a cabo por la comisión designada con Resolución Directoral N° 0040- 2019-GOB-REG-CAJ/UESH-BCA/DG, del 08 de marzo del 2019, teniendo en cuenta, entre otros, lo siguiente:

* + 1. **Estudios de Especialización**

Comprende aquellos cursos, programas, diplomaturas, post títulos y otros que acrediten una formación académica especializada en determinada materia por igual o más de **90 horas lectivas (**por tanto, los certificados deben indicar el número de horas lectivas, para ser tomadas en cuenta**),** cabe precisar que se considerarán los estudios de especialización relacionados con el servicio materia de la convocatoria y que hayan sido cursados en los últimos cinco (05) años.

* + 1. **Cursos**

Comprende aquellos cursos u otras actividades de formación académica de no menos de **12 horas de capacitación** y que hayan sido cursados en los últimos cinco (05) años.

1. **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

Las personas que desean postular, deberán considerar las precisiones descritas a continuación:

1. Registrarse y Presentar su Expediente en Mesa de Partes de la UESH-BCA, bajo las condiciones específicas detalladas posteriormente **(de carácter obligatorio, cabe resaltar que toda información registrada por el postulante, de acuerdo al principio de veracidad de la Ley Nro. 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, será considerada como verídica, teniendo carácter de Declaración Jurada y será corroborada en cualquier fase del proceso y en Control posterior)**.
2. Los postulantes sólo deberán presentar su Currículum Vitae documentado en mesa de partes, de la Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca.
3. Los postulantes deberán presentar deberán presentar los formatos siguientes, que serán descargados del portal Web del Gobierno Regional Cajamarca y de la Pagina de Facebook oficial: “Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca”,luego impresos y debidamente llenados, sin enmendaduras, firmados y con huella digital en original, de lo contrario la documentación presentada quedará **DESCALIFICADA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A | Anexo Nº 01 | : | Contenido de hoja de vida. |
| B | Anexo Nº 02 | : | Declaración jurada de no tener inhabilitación vigente según RNSDD. |
| C | Anexo Nº 03 | : | Declaración jurada de no tener deudas por concepto de alimentos. |
| D | Anexo Nº 04 | : | Declaración jurada de nepotismo (D.S. Nº034-2005-PCM). |
| E | Anexo Nº 05 | : | Declaración jurada de antecedentes policiales, penales.No registro de deudas por concepto de reparaciones civiles y de buena salud.  |

La información consignada en los Anexos Nº 02, 03, 04 y 05 tienen carácter de **Declaración Jurada**, siendo el **POSTULANTE** responsable de la información consignada en dichos documentos y sometiéndose al procedimiento de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

1. El postulante presentará la documentación sustentatoria en el orden que señala el Formato del Anexo Nº 01 Contenido de Hoja de Vida (I. Datos Personales, II. Estudios realizados, III. Cursos y/o Estudios de Especialización y IV. Experiencia Laboral). Dicha documentación deberá satisfacer todos los requisitos indicados en el Perfil del Puesto, caso contrario será considerado como **NO APTO.**

En el contenido del Anexo Nº 01, el postulante deberá señalar el número de folio que contiene la documentación que sustente el requisito señalado en el Perfil del Puesto.

1. La documentación en su totalidad **(incluyendo la copia del DNI y los Anexos 01, 02, 03, 04 y 05),** deberá estar debidamente **FOLIADA en número, comenzando por el último documento. No se foliará el reverso o la cara vuelta de las hojas ya foliadas, tampoco se deberá utilizar a continuación de la numeración para cada folio, letras del abecedario o cifras como 1º, 1B, 1 Bis, o los términos “bis” o “tris”**. De no encontrarse los documentos foliados de acuerdo a lo antes indicado, asimismo, de encontrarse documentos foliados con lápiz o no foliados o rectificados, el postulante quedará **DESCALIFICADO** del proceso de selección.

**01**

**02**

 **Modelo de Foliación**:

**03**

1. El cumplimiento de los **REQUISITOS INDICADOS EN EL PERFIL DEL PUESTO,** deberán ser **ACREDITADOS ÚNICAMENTE** con copias simples de Diplomas, Constancias de Estudios realizados, Certificados de Trabajo, Constancias Laborales y/o Contratos. La experiencia laboral acreditada mediante órdenes de servicio, deberá señalar la conformidad del mismo.

**Casos especiales:**

* Para acreditar tiempo de experiencia mediante Resolución Ministerial por designación o similar, deberá presentarse tanto la Resolución de inicio de designación, como la de cese del mismo.
* Para acreditar habilitación de colegiatura (en caso de ser requerido en el Perfil del Puesto), deberá presentar copia del **Certificado de Habilitación** del colegio profesional correspondiente.
1. El Currículum Vitae presentado no será devuelto al postulante.
2. La Inscripción y recepción de las Hojas de Vida documentadas será en la Oficina de Trámite Documentario de la Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca, cito en el Jr. San Carlos N° 151-Bambamarca-Hualgayoc-Cajamarca, en horario de oficina (07:45 a 13:00 y 14:30 a 17:00 pm), en un **sobre cerrado, en las fechas establecidas según cronograma,** (**imprimir Ficha de Inscripción del portal Institucional).**



1. **DE LAS BONIFICACIONES**
	1. **Bonificación por ser personal licenciado de las Fuerzas Armadas**

Se otorgará una bonificación del 10% sobre el puntaje obtenido en la Etapa de Entrevista Personal, a los postulantes que hayan acreditado ser Licenciados de las Fuerzas Armadas, de conformidad con la Ley 29248 y su Reglamento, siempre que el postulante lo haya indicado en su ficha de resumen curricular y haya adjuntado en su currículum vitae documentado copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.

* 1. **Bonificación por Discapacidad**

Las personas con discapacidad que cumplan con los requisitos para el puesto y hayan obtenido un puntaje aprobatorio; **se les otorgará una bonificación del 15% sobre el Puntaje Total,** de conformidad con lo establecido en el Artículo 48º de la Ley Nº 29973. Siempre que el postulante haya adjuntado en su currículum vitae el certificado de discapacidad de conformidad con el artículo 76º y 78º de la mencionada Ley[[1]](#footnote-1).

1. **SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO**

El postulante declarado ganador en el presente proceso de selección de personal para efectos de la suscripción y registro de Contrato Administrativo de Servicios, deberá presentar ante la Oficina de la Dirección de Personal, el 01 de abril de 2019, los siguientes documentos:

* Documentos originales que sustenten el currículum vitae, para realizar la verificación y el fedateo respectivo, tales como: grados o títulos académicos, certificados de estudios, certificados o constancias de trabajo, y otros documentos que servirán para acreditar el perfil y anexos presentados para ganar la plaza CAS.
* Fotografía actualizada, tamaño Carnet.

Si el postulante declarado ganador, no presenta la información requerida en la fecha requerida, se procederá a convocar al primer accesitario según orden de mérito para que proceda a la suscripción del contrato en fecha 02 de abril de 2019.

De no suscribir el contrato el primer accesitario, por las mismas consideraciones anteriores, la plaza se declarará desierta (acto declarado por la Comisión Para la Primera Convocatoria de Selección de Personal por la Modalidad CAS).

1. **DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO**

**1. Declaratoria de Desierto del proceso de selección:**

El proceso de selección puede ser declarado Desierto en alguno de los supuestos siguientes:

1. Cuando no se presenta ningún postulante al proceso de selección.
2. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
3. Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo aprobatorio en cualquiera de las etapas de la evaluación del proceso de selección.

**2. Cancelación del proceso de selección:**

El proceso de selección puede ser cancelado, sin que sea responsabilidad de la entidad, en cualquiera de los supuestos siguientes:

1. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad iniciado el proceso de selección.
2. Por no contar con disponibilidad presupuestal.
3. Otros supuestos debidamente justificados por las áreas usuarias.
	* 1. **Otros Aspectos:** Todo aspecto no contemplado, que surja de la aplicación de la presente convocatoria, será resuelto por Comisión Permanente.

Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca

Comisión Para la Primera Convocatoria de Selección de Personal por la Modalidad CAS

**ANEXO Nº 01**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**I. DATOS PERSONALES:**

**/ / /**

 Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

#####  / / / /

 Lugar día mes año

**ESTADO CIVIL:**

**NACIONALIDAD**:

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente)**: DNI

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC Nº:**

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una “x” el tipo):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Avenida/Calle/Jirón Nº Dpto. / Int.

**URBANIZACIÓN**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISTRITO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVINCIA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CELULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### *CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**COLEGIO PROFESIONAL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO N°**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ NO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

**LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SÍ NO**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

1. **ESTUDIOS REALIZADOS**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO O GRADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
| **(Mes / Año)** |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **FECHA****INICIO** | **FECHA****FIN** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **EXPERIENCIA LABORAL**

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SÓLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

1. **Experiencia laboral general de \_\_\_ años/meses** (comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| * **Actividades realizadas:**
 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| * **Actividades realizadas:**
 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| * **Actividades realizadas:**
 |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **Experiencia en el área o afines \_\_\_\_\_\_\_ años/meses** (comenzar por la más reciente).Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| * **Actividades realizadas :**
 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| * **Actividades realizadas:**
 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará sólo l periodo cronológico de mayor duración.**

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

**APELLIDOS Y NOMBRES:**

**DNI:**

**FECHA: / /**

Huella Digital

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma**

**ANEXO N° 02**

### DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD

Por la presente, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD (\*)

|  |
| --- |
|  |

Lugar y fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

 Huella Digital

---------------------------

 Firma

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **“Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD”**. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

**ANEXO N° 03**

### DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Por la presente, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado/a con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

|  |
| --- |
|  |

Lugar y fecha, CAJAMARCA / /

 Huella Digital

---------------------------

 Firma

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)**

Conste por el presente que el(la) señor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado(a) con D.N.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el Distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:**

Cuento con pariente(s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO ISOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), DE NOMBRE (S)

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

Quien(es) laboran en la Sede del Gobierno Regional, con el(los) cargo(s) y en la Dependencia(s):

..............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

No cuento con pariente(s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO ISOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), que laboren en la Sede del Gobierno Regional.

Lugar y fecha, CAJAMARCA / /

|  |
| --- |
|  |

---------------------------

 Firma

 Huella Digital

**ANEXO Nº 05**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que:

* No registro antecedentes policiales.
* No registro antecedentes penales.
* No registro deudas por concepto de reparaciones civiles.
* Gozo de buena salud.

Lugar y fecha, CAJAMARCA / /

|  |
| --- |
|  |

 Huella Digital

---------------------------

 Firma

1. Artículo 76. Certificación de la discapacidad

El certificado de discapacidad acredita la condición de persona con discapacidad. Es otorgado por todos los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud). La evaluación, calificación y la certificación son gratuitas.

Artículo 78. Registro Nacional de la Persona con Discapacidad

78.1 El Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, a cargo del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (Conadis), compila, procesa y organiza la información referida a la persona con discapacidad y sus organizaciones, proporcionada por las entidades públicas de los distintos niveles de gobierno. Contiene los siguientes registros especiales:

a) Registro de personas con discapacidad… [↑](#footnote-ref-1)