

CONVOCATORIA CAS EXCEPCIONAL N° 002-2020-COVID-19 - HOSPITAL DE APOYO JUNIN

I. GENERALIDADES

1. OBJETO DE LA CONVOCATORIA:

Contratar los servicios de Profesionales Médicos y no Médicos de la Salud, Técnicos Asistenciales y Auxiliar Asistencial dando cumplimiento al Decreto de Urgencia N° 029-2020 y D.U. 037-2020 la misma que establece medidas extraordinarias en materia de contratación del personal del Sector Público el Hospital de Apoyo Junín, invita a participar al personal de salud en el proceso de convocatoria para la contratación de personal bajo la modalidad de CAS Excepcional para reducción de (COVID 19). Detalle:

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
MEDICINA	MEDICO CIRUJANO	4	6,000.00
PROFESIONALES DE LA SALUD NO MEDICOS CIRUJANOS			
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ENFERMERO/A	05	4,000.00
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA	OBSTETRICIA	01	4,000.00
TECNOLOGO MEDICO EN LABORATORIO	LABORATORIO CLINICO	01	4,000.00
TECNICOS ASISTENCIALES			
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA/ OBSTETRICIA	TECNICO EN ENFERMERIA	06	1,900.00
SERVICIO DE LABORATORIO	TECNICO EN LABORATORIO	03	1,900.00
SERVICIOS GENERALES	CHOFER	02	1,500.00
	ARTESANO	01	1,400.00

2. DEPENDENCIA ENCARGADA DE REALIZAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN:

El proceso de contratación estará a cargo del Área Usuaria y la Oficina de Recursos Humanos del "Hospital de Apoyo Junín".

II. MODALIDAD DE POSTULACION:

Postulación Vía Electrónica

Las personas interesadas en participar en el proceso que cumplan con los requisitos establecidos, deberán presentar lo siguiente:

Anexo 1. "Ficha Única de datos para la Contratación de personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020" (debidamente llenada)

CV documentado (en formato PDF)

La documentación solicitada deberá ser remitida al siguiente correo electrónico:

uesrecursoshumanos05@gmail.com

La información consignada en el anexo 1 "Ficha Única de datos para la Contratación de personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020", tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

III CRONOGRAMA

ETAPAS DEL PROCESO		FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
CONVOCATORIA			
	Publicación de Convocatoria Y cronograma de concurso en el portal Institucional: Facebook de la Unidad Ejecutora de Salud Junín	24 de junio del 2020	Oficina de Recursos Humanos
1	Postulación vía electrónica: Presentación de Curriculum Vitae en digital PDF, al correo mencionados en el numeral III del presente	Del 24 al 30 de junio del 2020 (hasta las 08:00 h)	Área Usuaría, Oficina de Recursos Humanos
SELECCIÓN			
2	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular u Hoja de Vida y Resultado Final	30 de junio del 2020 en el Facebook de la institución	Área Usuaría, Oficina de Recursos Humanos
3	Adjudicación y Suscripción del Contrato	01 de julio de 2020	Unidad de Personal





PERÚ

Ministerio
de Salud

Secretaría General

Oficina General
de Gestión de
Recursos Humanos

Ficha Única de Datos

Foto actualizada

La Oficina General de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en 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.

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:			
DNI N°		RUC N°	
Fecha de nacimiento	/ /	Distrito-Provincia-Departamento	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo	
Enfermedades /Alergias			
En caso de emergencia contactar a:			
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia	
Estado Civil	() Soltero (a) () Casado (a) () Viudo (a) () Divorciado (a) () Conviviente		
Discapacidad	() Sí () No		
Tipo de discapacidad	() Físicas () Sensoriales () Mentales () Intelectuales		

DOMICILIO

Tipo de Vía (marcar con "X")			
() Avenida	() Jirón	() Calle	() Pasaje
() Parque	() Plaza	() Carretera	() Trocha
() Alameda	() Malecón	() Óvalo	() Otros: Especificar
Nombre de la vía :		Número :	
		Interior :	
Tipo de Zona (marcar con "X")			
() Urbanización	() Pueblo Joven	() Unidad Vecinal	() Conjunto Habitacional
() Asentamiento Humano	() Cooperativa	() Residencial	() Zona Industrial
() Grupo	() Caserío	() Fundo	() Otros especificar
Nombre de la zona:		Número :	
		Interior :	
Ubicación geográfica:	Departamento	Provincia	
		Distrito	
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)			

DATOS FAMILIARES

Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS

Profesión

Fecha de Colegiatura

Lugar de Colegiatura

Fecha hasta la cual se encuentra habilitado

Nº de Colegiatura

Estudios Superiores (Universitario - Técnico)

Centro de Estudios

Especialidad

Inicio/Término

Nivel alcanzado
(Titulado/Bachiller
Egresado/
Estudiante)*

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)

Centro de Estudios

Especialidad

Inicio/Término

Nivel alcanzado
(Magíster/Doctorado/
Egresado/
Estudiante)*

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Especialización - Diplomados

Centro de Estudios

Materia

Año
Inicio/Término

Certificación obtenida

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Cursos - Seminarios

Centro de Estudios

Materia

Año
Inicio/Término

Certificación obtenida

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

IDIOMAS

Lengua extranjera

Nivel Básico

Nivel Intermedio

Nivel Avanzado

DATOS LABORALES**Experiencia Laboral**

Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

Labores de docencia

Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC) |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda) |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794 |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS. |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ÓRGANOS COLEGIADOS |
| SI | NO | |

LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Fecha	/ /	Firma:
	Día Mes Año	