

BASES

PROCESO DE CONTRATACION POR SUPLENCIA N° 001-2020-DIRESA JUNIN

Setiembre - 2020

PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL MODALIDAD SUPLENCIA TEMPORAL D.L. NRO. 1057 QUE REGULA EL RÉGIMEN ESPECIAL DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS.

I CUADRO DEL PERSONAL SOLICITADO

ITEM	CODIGO	CANT.	DESCRIPCION	MODALIDAD	REMUNERACION	LUGAR
01	DESA-01	01	Medico	Nivel - I	S/. 5,532.00	Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas DIRESA-JUNIN.

21

II BASE LEGAL

- LEY N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias, aprobada por Ley N°27902 y Ley N°. 28013.
- Decreto Legislativo Nro. 1057 que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios.
- Ley Nro. 27680 – Ley de reforma Constitucional del capítulo XIV del título IV sobre descentralización.
- Ley Nro. 28175 Ley marco del empleo público.
- Ley Nro. 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley Nro. 26772 – que dispone que las ofertas de empleo no podrán contener requisitos que constituyan discriminación anulación o alteración de igualdad de oportunidades o de trato y su reglamento aprobado por Decreto Supremo Nro. 002-98-TR.
- Ley Nro. 26771 – que establece las prohibiciones para ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en casos de parentesco y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo Nro. 021-2000-PCM y sus modificatorias.
- Ley Nro. 27588 – que establece las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios y servidores públicos; así como, del personal que preste servicio al estado bajo cualquier modalidad contractual y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo Nro. 019-2002-PCM.
- Ley Nro. 29607 – Ley de simplificación de la certificación de antecedentes penales en beneficio de los postulantes a un empleo.
- Ley Nro. 30057 – Ley del servicio civil disposiciones complementarias transitorias: segunda. Reglas de implementación inciso e).
- Decreto Legislativo Nro. 1023 – que crea la Autoridad Nacional del Servicio Civil, rectora del sistema administrativo de gestión de recursos humanos; Decreto Supremo Nro. 007-2010-PCM, aprueba el Texto Único Ordenado de la normatividad del Servicio Civil y Decreto Supremo Nro. 008-2010-PCM, aprueba el reglamento del Tribunal del Servicio Civil.
- DECRETO SUPREMO NRO. 005-90-PCM, art. 28 al 32 – Reglamento de la Ley de bases a la Carrera Administrativa.
- D.L. Nro. 1153 Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la Salud al Servicio del Estado.

III PERFIL DEL PUESTO

CODIGO: DESA-01 MEDICO (Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas)

REQUISITOS	DETALLE
Formación académica, grado académico y/o Nivel de estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional Universitario de Médico Cirujano copia legalizada. • Habilidad profesional vigente. • Resolución de SERUMS
Conocimientos y/o estudios, acreditar con constancias o certificados	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos en Administración de salud • Conocimientos de Normativa de Salud • Conocimientos de gestión sanitaria. • Conocimiento en Office nivel de usuario.
Experiencia Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia Laboral en el Sector Salud mínimo 01 año • Experiencia desempeñando funciones similares.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad de palabra y comunicación interpersonal. • Capacidad para desempeñar trabajos bajo presión. • Ética y valores: solidaridad, honradez, puntualidad y responsabilidad. • Trabajo en Equipo • Capacidad de trabajo multidisciplinario y multisectorial.
Características del Puesto o Descripción del Servicio a Prestar	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación y certificación médico del difunto por COVID 19 para certificar su muerte • Emitir las actas de defunción correspondientes según sea el caso • Informar de las certificaciones de defunción por medio virtual y físico
Afectación presupuestal	<ul style="list-style-type: none"> • estado: aprobado • documento: REPORTE N° 080-2020-GRJ-DRSJ-DESP • Fte. de Fto: 1- Recursos Ordinarios • Genérica: 2.1 – Personal y obligaciones sociales • Monto: S/. 5,532.00

IV CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO.

ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Aprobación de la Convocatoria.	26 de setiembre del 2020	COMISION SUPLENCIA
CONVOCATORIA		
Publicación de la Convocatoria en la página web de DIRESA JUNIN y SERVIR	30 de setiembre al 14 de octubre del 2020	COMISION SUPLENCIA
Inscripción de postulantes por página web de DIRESA, para evaluación de conocimientos	15 de octubre del 2020 (6:00pm)	COMISION SUPLENCIA

"Año de la Universalización de la Salud"

Resultado de inscriptos, aptos para el examen de conocimientos	15 de octubre del 2020 (10:00am)	COMISION SUPLENCIA
Evaluación de conocimiento vía web	16 de octubre del 2020 (3:00pm)	COMISION SUPLENCIA
Resultados de evaluación de conocimientos	16 de octubre del 2020 (10:00pm)	COMISION SUPLENCIA
SELECCIÓN		
Evaluación Curricular	19 de octubre del 2020	COMISION SUPLENCIA
Publicación de resultados de la Evaluación Curricular en la Página Web de la DIRESA.	19 de octubre del 2020 (11:00am)	COMISION SUPLENCIA
Presentación de reclamos y absolución de reclamos	20 de octubre del 2020 (8:30 a 11:30 am y 12:00 a 3:00 pm)	COMISION SUPLENCIA
Publicación de absolución de reclamos en la Página Web de la DIRESA.	20 de octubre del 2020 (6:00pm)	COMISION SUPLENCIA
Entrevista personal vía plataforma (zoom)	20 de octubre del 2020 (8:00am)	COMISION SUPLENCIA
Publicación de los resultados de la entrevista personal y final	21 de octubre del 2020 (7:45am)	COMISION SUPLENCIA
Adjudicación de plazas (Jr. Julio C. Tello N° 488 – El Tambo – Huancayo)	22 de octubre del 2020 (7:45am)	COMISION SUPLENCIA
Suscripción y Registro de Contrato		
Suscripción y Registro del Contrato, previa presentación de documentos presentados en evaluación de hoja de vida debidamente legalizado	Desde el día 02 de noviembre del 2020, hasta el quinto día hábil	OEGDRH

V FACTORES DE EVALUACIÓN

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

EVALUACIONES	PESO	PUNT. MIN.	PUNT. MAX.
EXAMEN DE CONOCIMIENTOS	40%	24	40
Examen de conocimientos	40%	24	40
EVALUACIÓN DE CURRICULUM VITAE	20%	10	20
Experiencia	10%	5	10

“Año de la Universalización de la Salud”

Formación académica	10%	5	10
ENTREVISTA PERSONAL	40%	22	40
Evaluación de competencias	10%	7	10
Evaluaciones cognitivas	30%	15	30
PUNTAJE TOTAL	100%	56	100

VI DE LA CALIFICACIÓN

Cada Etapa de Evaluación es eliminatoria, debiendo el postulante alcanzar el puntaje mínimo aprobatorio señalado para pasar a la siguiente etapa.

El proceso de selección se llevará a cabo a través del Comité designado por la Dirección General

1. Estudios de Especialización

Cada curso de especialización debe tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos 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.

2. Cursos

Comprende aquellos cursos u otras actividades de formación académica menores de 24 horas.

VII DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

1. Presentar los formatos siguientes, que deberán ser descargados de la Pagina Web Institucional de la DIRESA JUNIN por el **POSTULANTE**, luego impresos debidamente llenados, sin enmendaduras, firmados y con huella digital en original, de lo contrario la documentación presentada quedará **DESCALIFICADA**:

a) Copia de DNI

b) **Anexo N° 01:** Declaración Jurada de cumplir con los requisitos mínimos establecidos

c) **Anexo N° 02:** Declaración Jurada de no tener inhabilitación vigente según RNSDD.

d) **Anexo N° 03:** Declaración Jurada de no tener deudas por concepto de alimentos.

e) **Anexo N° 04:** Declaración Jurada de Nepotismo (D.S. N°034-2005-PCM).

f) **Anexo N° 05:** Declaración Jurada de antecedentes policiales, penales y de buena salud.

g) **Anexo N° 06:** Ficha de Sintomatología de estar Negativo al COVID – 19 para inicio de labores.

h) **Anexo N° 07:** De las Bonificaciones.

i) **Curriculum Vitae Documentado y foliado**

La información consignada en los Anexos N° 02, 03, 04 y 05 tienen carácter de **Declaración Jurada**, siendo el **POSTULANTE** responsable de la información consignada en dichos

“Año de la Universalización de la Salud”

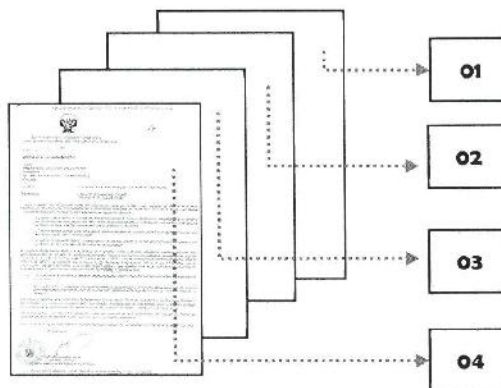
documentos y sometidos al procedimiento de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

2. El postulante presentará la documentación sustentadora en el orden que señala el Formato del Anexo N° 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 N° 01, el postulante deberá señalar el N° de Folio que contiene la documentación que sustente el requisito señalado en el Perfil del Puesto.

3. 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**

Modelo de Foliación:



4. 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 y/o Constancias Laborales o según el requerimiento.

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 el **Certificado de Habilitación** del colegio profesional correspondiente.
5. Adjuntar **fotocopia legible** del **Documento Nacional de Identidad – DNI vigente**, caso contrario el postulante quedará **DESCALIFICADO** del proceso de selección.
 6. El Currículum Vitae presentado no será devuelto al postulante.
 7. La recepción de las Hojas de Vida documentadas será desde las 08:30 hasta las 17:00 horas en un **sobre cerrado**, en las fechas establecidas según cronograma en la **Oficina de Tramite Documentario** de la Dirección Regional de Salud Junín, sito en el Jr. Julio C. Tello 488 – El Tambo - Huancayo, con atención a la Comisión Especial CAS, conforme al siguiente detalle:

VIII 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:
- Cuando no se presenta ningún postulante al proceso de selección.
- Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
- 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:
- Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso.
- Por restricciones presupuestales.
- Otros supuestos, debidamente justificados.

3. DE LAS BONIFICACIONES

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.

Asimismo, las personas con discapacidad que cumplan con los requisitos para el cargo y hayan obtenido un puntaje aprobatorio, obtendrán una bonificación del 15% del puntaje final obtenido, según Ley 28164, Ley que modifica diversos artículos de la Ley 27050 – Ley de personas con Discapacidad. Deberán acreditar con la Certificación expedida por CONADIS.

X CONSIDERACIONES FINALES

- Ningún participante podrá postular a más de un puesto de trabajo en la misma convocatoria, de darse el caso, este será descalificado.
- Ningún postulante podrá postular a más de una (1) CONVOCATORIA CAS dentro del ámbito de las provincias de Huancayo, Concepción, Jauja, Chanchamayo, Junín, Pichanaki, Satipo, San Martín de Pangoa y Chupaca de constatarse será eliminado automáticamente sin lugar a reclamo.
- Si durante el proceso se verifica que el postulante ha falsificado o adulterado documentos para sustentar la información registrada en el formato de currículo vitae, este será automáticamente descalificado, remitiéndose los actuados a la PROCURADURÍA PÚBLICA para que se realice las acciones pertinentes.
- No incurrir en incompatibilidad por razón del parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por matrimonio y unión de hecho el mismo que está previsto en el Decreto Supremo N°021-2000-PCM, de la Ley N°26771.
- No tener vínculo laboral o contrato vigente con DIRESA JUNÍN.

ANEXO N° 01

LEY N° 28175

DECLARACION JURADA

"Ley Marco del Empleo Público"

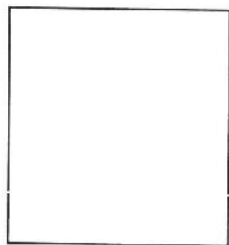
Yo, _____ de
Nacionalidad, _____ Con DNI; _____,
domiciliado en _____ en pleno goce de mis
derechos Constitucionales y en mi condición de Profesional y/o Técnico y con la intención
de incorporarme al IREN CENTRO en la modalidad CAS bajo el régimen N° 1057, para
realizar actividades vinculadas al ítems _____, y en concordancia con lo previsto en la LEY
DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO N° 27444.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Cumplir con los Requisitos para el Proceso de Contratación Administrativa de Servicios N°
003-2020-GRJ-DRSJ-RECAS según los alcances dispuestos en el Artículo 7° de la Ley 28175-
LEY MARCO DEL EMPLEO PUBLICO:

Que los datos consignados en la presente Declaración jurada son verdaderos, siendo
pasible de fiscalización posterior, aceptando las responsabilidades civiles y/o penales
que se pudieran derivar en caso se compruebe que los datos proporcionados sean
falsos o incompletos

Huancayo, ____ del ____ de 20 ____



Huella Digital

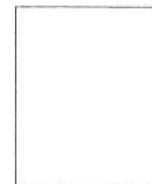
Firma

ANEXO N° 02

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN el REGISTRO
NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDOS - RNSDD**

Por la presente, Yo, identificado/a con DNI N°
....., 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 N°....., 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,



Huella Digital

Firma

"Año de la Universalización de la Salud"

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,

DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA "X", según corresponda):

☐

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

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

Quien (es) laboran en esta DIRESA, 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 I SOBRINO I PRIMO I
NIETO I SUEGRO I CUÑADO), que laboren en esta DIRESA.

Lugar y fecha,

.....

Firma
Digital

Huella

ANEXO N° 05

DECLARACIÓN JURADA

(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

Yo,, identificado (a) con DNI
N°, domiciliado en
....., declaro bajo
juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud.

Lugar y fecha,



Huella

Digital

Firma

ANEXO N° 06

Ficha de Sintomatología COVID-19

Declaración Jurada

R.M. N°239-2020-MINSA

He recibido explicación del objeto de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Entidad Pública: **Ruc:**

Apellidos y nombres:

Cargo al que postula: **DNI:**

Dirección: **N° Celular:**

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes (marcar con un "X"):

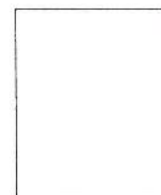
1. Sensación de alza térmica o fiebre
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19
5. Está tomando alguna medicación (detallar cual o cuales):

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Lugar y fecha,



Huella Digital

Firma

ANEXO 07

Es importante que consigne la siguiente:

LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS y/o PERSONA CON DISCAPACIDAD, caso contrario no será considerado, para el puntaje adicional.

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, de conformidad con la Ley 29248 y su Reglamento.

PERSONA CON DISCAPACIDAD:

SÍ

☐☐

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de persona con discapacidad, según Ley 28164, Ley que modifica diversos artículos de la Ley 27050 – Ley de personas con Discapacidad. Deberán acreditar con la Certificación expedida por CONADIS.

