


CONVOCATORIA CAS EXCEPCIONAL N° 003-2020-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 COVID-19 | MEDICO CIRUJANO | 3 | 8,000.00 |

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 Página de la DIRESA Junín | 02 de julio 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 02 al 06 de julio del 2020 (hasta las 08:00 a.m.) | Área Usuaría, Oficina de Recursos Humanos |
| SELECCIÓN | | | |
| 2 | Publicación de resultados de la Evaluación Curricular u Hoja de Vida y Resultado Final | 06 de julio del 2020 en el Facebook de la institución y página de la DIRESA | Área Usuaría, Oficina de Recursos Humanos |
| 3 | Adjudicación y Suscripción del Contrato | 07 de julio de 2020 | Unidad de Personal |

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
Dirección Regional de Salud - Abim
HOSPITAL DE AYOJO JUNÍN
Lic. [Firma]

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
Dirección Regional de Salud - Abim
HOSPITAL DE AYOJO JUNÍN
Rogelio A. Vivas Requay
DIRECTOR EJECUTIVO
C.O.P. Nº 17189

| | | | | | |
|---|------------------|--|------------|--|------------------|
|  PERÚ Ministerio de Salud | | Secretaría General | | Oficina General de Gestión de Recursos Humanos | |
|  | | | | | Foto actualizada |
| Ficha Única de Datos | | | | | |
| 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 | | <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente | | | |
| Discapacidad | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Tipo de discapacidad | | <input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales | | | |
| DOMICILIO | | | | | |
| Tipo de Vía (marcar con "X") | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Óvalo <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Trocha <input type="checkbox"/> Otros: Especificar | | | | | |
| Nombre de la vía : | | Número : | | | |
| | | Interior : | | | |
| Tipo de Zona (marcar con "X") | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Urbanización <input type="checkbox"/> Pueblo Joven <input type="checkbox"/> Unidad Vecinal <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Zona Industrial <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Caserío <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> 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 Nº 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 MVS. |
| 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 | / / Día Mes Año | Firma: | |
|-------|--------------------|--------|--|