

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD PICHANAKI
COMISION DFE PROCESO CAS-2020
PRESIDENTE

**GOBIERNO REGIONAL DE JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD PICHANAKI**

**CONVOCATORIA DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA
DE SERVICIOS COVID-19- N° 004 - 2020 - RSPKI.**

BASES DE CONVOCATORIA

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD PICHANAKI
COMISION DFE PROCESO CAS-2020
SECRETARIO

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD PICHANAKI
COMISION DFE PROCESO CAS-2020
MIEMBRO

PICHANAKI, 07 DE SETIEMBRE DEL 2020

CONVOCATORIA DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS COVID-19- N° 004 - 2020 - RSPKI.

I. GENERALIDADES:

1.1.- ENTIDAD CONVOCANTE:

Unidad Ejecutora 409 – Dirección Ejecutiva Red de Salud Pichanaki - RUC N° 20600351118.

1.2.- DOMICILIO LEGAL:

Av. LOS HÉROES S/N (AL COSTADO DEL ESTADIO MUNICIPAL)
Telefax:(064) 347322 / (064) 347048

1.3.- BASE LEGAL:

- Ley N°26842, Ley General de Salud y sus Modificatorias.
- Ley N°28736, Ley para protección de pueblos Indígenas y Tribales en países independientes
- Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.(en adelante "régimen CAS")
- Decreto Supremo N° 075-2008-PCM- Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, modificado por Decreto Supremo 065-2011-PCM.
- Ley N° 27815, Código de Ética de la Función Pública y normas complementarias.
- Ley N° 28175, Ley Marco del empleado Público.
- Decreto de Urgencia N° 029-2020, que establece medidas extraordinarias en materia de personal del sector Público.
- Decreto de Urgencia N° 071-2020.
- Decreto de Urgencia N° 037-2020 que dicta medidas complementarias para el sector salud en el Marco de la Emergencia sanitaria por los efectos del Coronavirus (COVID-19)
- Decreto de urgencia N° 039-2020, que dicta medidas complementarias para el sector salud en el Marco de la Emergencia sanitaria por los efectos del Coronavirus (COVID-19)

1.4.- OBJETO DE CONVOCATORIA:

Contratación bajo la Modalidad CAS, para el Equipo de Respuesta Rápida, de la Micro Red Las Palmas, Micro Red Centro Huachiriki, Micro Red Centro Cuyani, y Micro Red Ciudad Satélite, de manera urgente, a fin de satisfacer las necesidades de los servicios asistenciales en esta lucha frontal contra la Pandemia del COVID-19, con el objetivo de reducir los efectos adversos ante la propagación del brote del covid-19 en comunidades indígenas y centros poblados rurales frente a la emergencia del covid-19. Que en merito a Resolución Ministerial N°308-2020-MINSA, Decreto de Urgencia N° 071-2020 y D.U. N° 029-2020 y sus modificatorias.

La Estrategia de Pueblos Indígenas y Originarios de la Red de Salud Pichanaki, encarga a la Oficina de Recursos Humanos a realizar el siguiente Proceso de Selección para la Contratación Directa de Profesionales de la Salud y Técnicos de Salud, que presten servicios en los establecimientos de salud de la jurisdicción de la Dirección de Red de Salud Pichanaki, de acuerdo a los puestos señalados como se detalla:

RED DE SALUD PICHANAKI - CAS COVID-19- N° 004 - 2020 - RSPKI.

EJECUTORA	EQUIPO	EE.SS	DENOMINACIÓN DEL PUESTO	PUESTOS A CONVOCAR	META	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	RETRIBUCIÓN MENSUAL
RED DE SALUD PICHANAKI	EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA	MCR Las Palmas	MÉDICO	2	123	RECURSOS ORDINARIOS (RO)	11,000.00
			LICENCIADO EN ENFERMERIA / BIOLOGO	2	123		7,000.00
			TECNICO EN ENFERMERIA	2	123		3,000.00
	EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA	MCR Huachiriki	MÉDICO	2	123	RECURSOS ORDINARIOS (RO)	11,000.00
			LICENCIADO EN ENFERMERIA / BIOLOGO	2	123		7,000.00
			TECNICO EN ENFERMERIA	2	123		3,000.00
	EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA	MCR Centro Cuyani	MÉDICO	1	123	RECURSOS ORDINARIOS (RO)	11,000.00
			LICENCIADO EN ENFERMERIA / BIOLOGO	1	123		7,000.00
			TECNICO EN ENFERMERIA	1	123		3,000.00
	EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA	MCR Ciudad Satélite	MÉDICO	1	123	RECURSOS ORDINARIOS (RO)	11,000.00
			LICENCIADO EN ENFERMERIA / BIOLOGO	1	123		7,000.00
			TECNICO EN ENFERMERIA	1	123		3,000.00

II. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO:

CONDICIONES	DETALLES
Lugar de prestación del servicio:	Incluido en el numeral 1.4 Objeto de Convocatoria.
Duración del contrato: Horario:	(04) Cuatro Meses (Setiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre) Según Programación 150 horas mensuales
Remuneración mensual:	Incluido en el numeral 1.4 Objeto de Convocatoria
Otras condiciones esenciales del contrato:	<ul style="list-style-type: none"> • No tener vínculo contractual con ninguna institución pública del estado a la fecha de la convocatoria. • Horas MENSUALES EN TURNOS ROTATIVOS. • El contrato del personal para la prestación de servicios en la prestación, control, diagnóstico y tratamiento del coronavirus en los establecimientos de las Micro Redes de la Red de Salud de Pichanaki.

III. PERFIL DE PUESTO.

A) MÉDICO CIRUJANO

REQUISITOS:	DETALLE:
Formación académica: Grado Académico y/o Nivel de Estudio:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Título profesional de Médico Cirujano. (PDF) ➤ Resolución del término SERUMS (PDF) ➤ Contar con Colegiatura (PDF) ➤ Constancia de habilidad (PDF)
Conocimientos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación en temas relacionados a su carrera y al Sector Salud. ➤ Conocimientos en ofimática (WORD, EXCEL). ➤ Conocimiento y capacitación para el puesto.
Experiencia Laboral:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Experiencia como mínimo un (01) año de preferencia en el desempeño de actividades en establecimientos del MINSA, con posterioridad a la obtención del título profesional.
Competencias:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidad para trabajo en equipo, actitud proactiva, cortesía y buen trato,
Características (funciones):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar la búsqueda y vigilancia activa de sospechosos de COVID-19 y sintomáticos respiratorios en Comunidades. ➤ Realizar acciones preventivas ó promocionales, Diagnóstico, Tratamiento ó de Rehabilitación de la salud del individuo, familia y comunidad frente a pandemia por COVID-19. ➤ Realizar atenciones médicas en las IPRESS de Micro Redes de acuerdo a la emergencia Sanitaria y/o de interés de Salud Pública. ➤ Registrar diariamente en la historia clínica física y/o electrónica, la evolución, pronóstico y tratamiento de pacientes de COVID 19. ➤ Planificar los cuidados y atenciones multidisciplinarias a los pacientes. ➤ Elaborar la historia clínica del paciente, epicrisis, prescripción de recetas, citaciones, órdenes de ayuda al diagnóstico, etc. ➤ Promoción y fomento de la salud (difusión de mensajes educativos para la prevención del COVID-19). ➤ Organización y capacitación de líderes, lideresas y agentes comunitarios de salud en medidas de prevención del COVID-19; así mismo Promover estilos de vida saludable para la modificación de prácticas y conductas nocivas para la salud con estrategias de información, educación y comunicación para la salud. ➤ Participar, asistir y cumplir con la ejecución de trabajos de campo, visitas domiciliarias y/o otra planificadas y establecidas en las normas para la atención de la persona, familia o comunidad. ➤ Evacuación de casos sospechosos de COVID-19 a las IPRESS de mayor capacidad resolutive. ➤ Orientación y consejería para mantener aislamiento y cuarentena según corresponda. ➤ Participación en la vigilancia epidemiológica Comunitaria de COVID-19. ➤ Emisión de informe mensual al Jefe inmediato sobre las actividades realizadas. ➤ Otras funciones que le asigne el jefe inmediato o la ENTIDAD en el marco de la lucha contra el COVID-19.
Motivo De La Contratación	➤ CONTRATO POR CAS – PUEBLOS INDÍGENAS Y ORIGINARIOS

B) LICENCIADA/O EN ENFERMERIA

REQUISITOS:	DETALLE:
Formación académica: Grado Académico y/o Nivel de Estudio:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Título profesional de Licenciada/o en Enfermería. (PDF) ➤ Resolución del término SERUMS (PDF) ➤ Contar con Colegiatura (PDF) ➤ Constancia de habilidad (PDF)
Conocimientos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación en temas relacionados a su carrera.
Experiencia Laboral:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De preferencia la experiencia debe haber sido desarrollada en entidades de Salud o en aquellas cuyas actividades.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liderazgo y Pro actividad ➤ Planificación y Organización. ➤ Orientación a resultados ➤ Trabajo en equipo.
Características (funciones):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Brindar acciones de enfermería basado en intervenciones de atención integral el ámbito preventivo ó promocionales ó de recuperación de la salud del individuo, familia y comunidad frente a pandemia por COVID-19 de acuerdo a guías técnicas y protocolos de atención. ➤ Realizar atenciones en las IPRESS de Micro Redes de acuerdo a la emergencia Sanitaria o de interés de Salud Pública. ➤ Búsqueda activa de sospechosos de COVID-19 y sintomáticos respiratorios en Comunidades. ➤ Promoción y fomento de la salud (difusión de mensajes educativos para la prevención del COVID-19). ➤ Organización y capacitación de líderes, lideresas y agentes comunitarios de salud en medidas de prevención del COVID-19; así mismo Promover estilos de vida saludable para la modificación de prácticas y conductas nocivas para la salud con estrategias de información, educación y comunicación para la salud. ➤ Participar, asistir y cumplir con la ejecución de trabajos de campo, visitas domiciliarias y/o otra planificadas y establecidas en las normas para la atención de la persona, familia o comunidad y/o de interés de Salud Pública. ➤ Evacuación de casos sospechosos de COVID-19 a las IPRESS de mayor capacidad resolutive. ➤ Orientación y consejería para mantener aislamiento y cuarentena según corresponda. ➤ Participación en la vigilancia epidemiológica Comunitaria de COVID-19. ➤ Otras funciones que le asigne el jefe inmediato en el marco de la lucha contra el COVID-19. ➤ Emisión de informe mensual al Jefe inmediato sobre las actividades realizadas. ➤ Otras funciones que le asigne el jefe inmediato o la ENTIDAD en marco de la lucha contra el COVID-19
Motivo de la Contratación	➤ CONTRATO POR CAS – PUEBLOS INDÍGENAS Y ORIGINARIOS

C) TÉCNICO EN ENFERMERIA

REQUISITOS:	DETALLE:
Formación académica: Grado Académico y/o Nivel de Estudio:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Título profesional de I.S.T. de Técnico en Enfermería. ➤ Licencia de conducir clase A-II B (opcional)
Conocimientos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación en temas relacionados a su carrera y al Sector Salud.
Experiencia Laboral:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Experiencia relacionada a su carrera profesional de preferencia en el sector salud
Competencias:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liderazgo y Pro actividad ➤ Trabajo en equipo.
Características (funciones):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Búsqueda activa de sospechosos de COVID-19 y sintomáticos respiratorios en Comunidades. ➤ Realizar intervenciones de Enfermería en acciones preventivas ó promocionales ó de recuperación de la salud del individuo, familia y comunidad frente a pandemia por COVID-19; de acuerdo a su competencia. ➤ Realizar atenciones en las IPRESS de Micro Redes de acuerdo a la emergencia Sanitaria. ➤ Promoción y fomento de la salud (difusión de mensajes educativos para la prevención del COVID-19). ➤ Participación en la organización y capacitación de líderes, lideresas y agentes comunitarios de salud en medidas de prevención del COVID-19; así mismo Promover estilos de vida saludable para la modificación de prácticas y conductas nocivas para la salud con estrategias de información, educación y comunicación para la salud. ➤ Participar, asistir y cumplir con la ejecución de trabajos de campo, visitas domiciliarias y/o otra planificadas y establecidas en las normas para la atención de la persona, familia o comunidad. ➤ Orientación y consejería para mantener aislamiento y cuarentena según corresponda. ➤ Participación en la vigilancia epidemiológica Comunitaria de COVID-19. ➤ Limpieza y desinfección de los ambientes y/o áreas de COVID-19. ➤ Emisión de informe mensual al Jefe inmediato sobre las actividades realizadas. ➤ Otras funciones que le asigne el Jefe inmediato o la ENTIDAD en marco de la lucha contra el COVID-19.
MOTIVO DE LA CONTRATACION	➤ CONTRATO POR CAS – PUEBLOS INDÍGENAS Y ORIGINARIOS

D) BIOLOGO

REQUISITOS:	DETALLE:
Formación académica: Grado Académico y/o Nivel de Estudio:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Título profesional de Biólogo. (PDF) ➤ Resolución del término SERUMS (PDF) ➤ Contar con Colegiatura (PDF) ➤ Constancia de habilidad (PDF)
Conocimientos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación en temas relacionados a su carrera.
Experiencia Laboral:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De preferencia la experiencia debe haber sido desarrollada en entidades de Salud o en aquellas cuyas actividades.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liderazgo y Proactividad ➤ Planificación y Organización. ➤ Orientación a resultados ➤ Trabajo en equipo.
Características (funciones):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar toma de muestra a pacientes sospechosos por COVID-19. ➤ Vigilancia epidemiológica relacionados con la salud, higiene y calidad ambiental frente a pandemia por COVID-19 y/o de interés de Salud Pública. ➤ Realizar análisis biofísicos, bioquímicos, microbiológicos, parasitológicos, inmunobiológicos y biomoleculares en muestras ambientales. ➤ Evaluar riesgos biológicos derivados de la actividad industrial, comercial u otros a fin de prevenir daños a la salud ambiental causada por las condiciones y por los factores de riesgo. ➤ Elaborar información estadística cualitativa y cuantitativa de los exámenes, estudios, diagnósticos u otros similares. ➤ Participar en la elaboración de normas técnicas relacionadas a la vigilancia y control de contaminantes microbiológicas, parasitológico e hidrobiológico en el ambiente. ➤ Realizar actividades en acciones preventivas ó promocionales ó de recuperación de la salud del individuo, familia y comunidad frente a pandemia por COVID-19; de acuerdo a su competencia. ➤ Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica y control de zoonosis u otros de interés en Salud Pública. ➤ Participación en la Promoción y fomento de la salud (difusión de mensajes educativos para la prevención del COVID-19). ➤ Participación en la organización y capacitación de líderes, lideresas y agentes comunitarios de salud en medidas de prevención del COVID-19; así mismo Promover estilos de vida saludable para la modificación de prácticas y conductas nocivas para la salud con estrategias de información, educación y comunicación para la salud. ➤ Participar, asistir y cumplir con la ejecución de trabajos de campo, visitas domiciliarias y/o otra planificadas y establecidas en las normas para la atención de la persona, familia o comunidad. ➤ Otras que LA ENTIDAD o el Jefe Inmediato (disponga) le asigne.
MOTIVO DE LA CONTRATACION	➤ CONTRATO POR CAS – PUEBLOS INDÍGENAS Y ORIGINARIOS

IV. CONVOCATORIA:

La convocatoria se realiza a través del Portal Institucional de la Dirección de Red de Salud Pichanaki (<http://redsaludpki.gob.pe/>), a través de las redes sociales de la entidad y otros medios que promuevan el acceso a las oportunidades de trabajo e información a fin de promover la transparencia del concurso que oferta el estado.

CRONOGRAMA PARA LA CONTRATACION DIRECTA DE PERSONAL EN LA MODALIDAD CAS COVID-19, TOMANDO COMO BASE LAS DISPOSICIONES EXTRAORDINARIAS EN MATERIA DE CONTRATACION DE PERSONAL ASISTENCIAL DEL SECTOR PÚBLICO:

Nº	ETAPA	DESDE EL
1º	Postulante remite su Curriculum Vitae digital y (Anexos) todo los documentos en un solo archivo en formato de (PDF) guardar con Iniciativas de datos y con N° DNI, enviar al Correo electrónico: orhredpichanaki@gmail.com	07 al 10 de Setiembre del 2020 (Recepción hasta 9:00 am)
2º	Evaluación Curricular	10 de Setiembre del 2020
3º	Publicación de Resultados	10 de setiembre del 2020 (7.00pm)
4º	Remisión del Contrato de seleccionados	11 de Setiembre del 2020
4º	Inicio de Labores	11 de Setiembre del 2020

V. DE LA CLASIFICACION:

El proceso de la selección se llevara a cabo a través del Comité de Selección y Evaluación para la Contratación Administrativa de servicios designado mediante acto resolutivo por la dirección ejecutiva de la red de salud Pichanaki.

VI. MODALIDAD DE POSTULACIÓN:

5.1 MODALIDAD DE POSTULACIÓN

La postulación es vía electrónica al siguiente correo: orhredpichanaki@gmail.com y/o físico a la Oficina de Recursos Humanos, en la **Av. LOS HÉROES S/N (AL COSTADO DEL ESTADIO MUNICIPAL)** Distrito de Pichanaki. Podrán participar toda persona natural que cumpla con los requisitos mínimos señalados en el perfil.

5.2 DOCUMENTACION A PRESENTAR:

- Ficha Única De Inscripción
- Documento Nacional De Identidad
- ANEXO N° 01: Ficha Única De Datos.
- ANEXO N° 02: Declaración jurada de no tener inhabilitación vigente.
- ANEXO N° 03: Declaración jurada de no tener deudas por alimentos.
- ANEXO N° 04: Declaración jurada de nepotismo.
- ANEXO N° 05: Declaración jurada de antecedentes policiales.
- Curriculum vitae documentad

Todos los documentos deben estar debidamente firmados, por tanto, tienen carácter de declaración jurada, siendo responsable el postulante de la información consignada.

5.3 DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O LA CANCELACIÓN DEL PROCESO:

DECLARATORIA DEL PROCESO COMO DESIERTO:

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

- ✓ Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
- ✓ Cuando ninguno de los postulantes cumplan con los requisitos mínimos.

CANCELACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN

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

- ✓ Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- ✓ Por restricciones presupuestaria.
- ✓ Otras debidamente justificadas.

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:

- Los interesados que deseen participar de la convocatoria CAS, deberán postular a un solo cargo y remitir al correo electrónico indicado.
- El postulante deberá consignar al momento de su inscripción virtual, en el rubro **ASUNTO: CONVOCATORIA CAS COVID-19 N°004 -2020 -RSPKI, detallar cargo y/o puesto.**
- La Oficina de Recursos Humanos a través de la Unidad de Selección, Escalafón y Control de Asistencia, emitirá el contrato CAS.
- El contrato en físico firmado por la Oficina de Recursos Humanos, será entregado al servidor/a la culminación de la Emergencia Sanitaria.

FICHA DE INSCRIPCION

SEÑORES:


COMISION DE PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL DE CAS DE LA RED DE SALUD PICHANAKI.

PROCESO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS COVID-19- N°
004 - 2020 - RSPKI.

CARGO DE PLAZA :
ESTABLECIMIENTO DE SALUD :
APELLIDOS Y NOMBRES :
DNI :

FIRMA

**ANEXO 1: FICHA ÚNICA DE DATOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL
DISPUESTO EN EL DECRETO DE URGENCIA N° 029-2020**

 <p>GOBIERNO REGIONAL JUNÍN DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN Dirección Red de Salud Junín</p>		Foto actualizada	
FICHA ÚNICA DE DATOS			
<p>La Oficina de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del postulante, 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.</p>			
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 () Si () No			
Tipo de discapacidad () Físicas () Sensoriales () Mentales () 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"/> Caserio <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Otros especificar			
Nombre de la zona:		Número :	
		Interior :	
Ubicación geográfica:		Provincia	
Departamento		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 (Magister/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"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ESTAR EN EL GRUPO DE RIESGO PERSONA MAYOR A 60 AÑOS |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ESTAR EN EL GRUPO DE RIESGO CON FACTORES CLÍNICOS DE COMORBILIDAD (R.M. N° 193-2020/MINSA), HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DIABETES, OBESIDAD, ASMA, ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL DE SU RESPECTIVO COLEGIO PROFESIONAL (En caso corresponda) |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 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 |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794 |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 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 LA RED DE SALUD SATIPO. |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 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 |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | 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 |

LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL POSTULANTE.

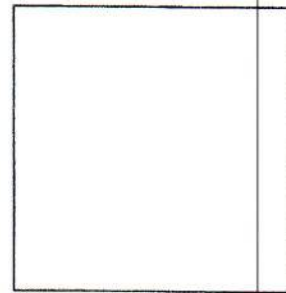
Fecha	/ /	Firma:
	Día Mes Año	

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

ANEXO N° 04

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

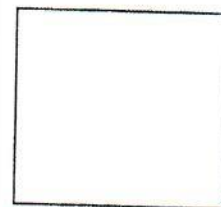
Conste por el presentado que el (la) señor(a)
Identificado(a) con D.N.I. N°, domiciliado en
en el Distrito de, Provincia de Departamento de
DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA "X", según corresponda):

☐ 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 entidad, 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 entidad.

Lugar y fecha,



HUELLA DIGITAL

.....
FIRMA

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD PICHANAKI
COMISION DE FISCALIZACION CAS-2020
PRESIDENTE

ANEXO N° 05

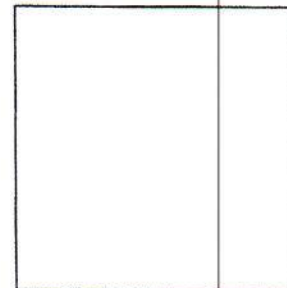
DECLARACIÓN JURADA

(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

Yo, Identificado(a) con D.N.I.
N°, domiciliado en en el Distrito
de, Provincia de Departamento de, declaro bajo
juramento que:

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

Lugar y fecha,



HUELLA DIGITAL

.....
FIRMA

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD PICHANAKI
COMISION DE FISCALIZACION CAS-2020
SECRETARIO

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD PICHANAKI
COMISION DE FISCALIZACION CAS-2020
TAL VOTADO