"Año de la Universalización de la Salud"

Piura, 02 JUL 2020

MEMORANDO N° 225 -2020 / DRSP-4300204

A : ABOG. CLAUDIA LUJAN SALDAÑA
DIRECTORA EJECUTIVA DE GESTION DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

ASUNTO : REMITO REQUERIMIENTO PARA CONTRATACION DE PERSONAL PARA EQUIPO COVID-19 (DECRETO SUPREMO N° 065)

Por medio del presente, me es grato saludarle y presento a Usted en cuadro adjunto la relación de personal que se solicita a su representada, sea contratado en el marco del presupuesto asignado a nuestra región proveniente de D.S. 065-PCM y de la Resolución Ejecutiva Regional N° 314-2020/Gobierno Regional- Piura.

Considerando la necesidad urgente de realizar la convocatoria para el concurso CAS COVID-19 en el presente mes de julio, solicito a Usted realizar la convocatoria respectiva ajustada al presupuesto con el que contamos lo cual ha sido trabajado por nuestra Dirección Ejecutiva según los lineamientos y normatividad vigente. A su vez solicito la certificación que debe realizar su oficina al mencionado presupuesto.

Sin otro particular quedo de Usted.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL PIURA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA
Med. Eddy Anthony Loyola Villalonga
DIRECCIÓN EJECUTIVA VIGILANCIA SANITARIA
DIRECTOR EJECUTIVO

C.c.
Archivo
EALV/jcfs
P.02.07.2020

PERSONAL A CONTRATAR

DESCRIPCIÓN	NUEVOS EHRC	NUEVOS SAMU	NUEVOS ERR	NUEVOS ESC	NUEVOS ERR/MDOS
MD	4	7	15	8	2
ENF/CD/OBST	4	7	15	8	2
T. LAB	-	-	10	-	2
T. ENF	4	7	6	8	2
CH	4	5	6	4	2
D	3	10	6	4	2
A/L	4	10	12	8	2
TOTAL	23	46	70	40	14

PERSONAL A CONTRATAR	193

LEYENDA

MD = MEDICO
ENF/CD = ENFERMERA Y ODONTOLOGO
T. LAB = TECNICO DE LABORATORIO
T. ENF = TECNICO EN ENFERMERIA
CH = CHOFER
D = DIGITADOR
A/L = AUXILIAR Y/O LIMPIEZA
EHRC = EQUIPO HUMANITARIO DE RECOJO DE CADAVERES
ERR = EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA
ESC = EQUIPO DE SEGUIMIENTO CLINICO
ERR/MDOS = EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA DE MERCADOS
OBST = OBSTETRA

HONORARIO DE EQUIPOS	
DESCRIPCION	MONTO
MEDICO	S/8.500
CIRUJANO DENTISTA	S/7.500
OBSTETRA	S/7.500
ENFERMERA	S/7.500
TECNICO EN ENFERMERIA	S/3.000
TECNICO EN LABORATORIO	S/3.000
AUXILIAR	S/2.500
LIMPIEZA	S/2.500
CHOFER	S/3.000
DIGITADOR	S/3.000

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (CAS)

I. GENERALIDADES

1. **Objeto de la Convocatoria**:
Contratar personal bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios normado por el Decreto Legislativo N° 1057, con la finalidad de fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, respuesta y control ante la transmisión comunitaria de COVID-19 en la Región de Piura.

PUESTO / SERVICIO	VACANTES
MEDICO	36
ENFERMERA/CIRUJANO DENTISTA/OBSTETRA/BIOLOGO	36
Técnico de LABORATORIO	12
Técnico de ENFERMERIA	27
CHOFER	21
DIGITADORES	25
AUXILIARES / LIMPIEZA	36

II. PERFIL DE PUESTO

1) MÉDICO GENERAL

REQUISITO	DETALLE
Formación académica, grado académico o nivel de estudios	✓ Presentar copia simple del Título Profesional de Médico Cirujano Resolución del SERUMS. En caso no contar con SERUMS, de conformidad a lo dispuesto por el Decreto de Urgencia N° 037-2020, que crea el SERVICIO COVID ESPECIAL– SERVICER, los profesionales de la salud peruanos y extranjeros, podrán participar en el presente proceso de selección y laborar en el Sector Público, conforme a lo prescrito en la antes mencionada norma legal. ✓ Acreditar Colegiatura y Habilitación Profesional vigente a la fecha de inscripción. **(Indispensable).** ✓ En el caso de los profesionales de la salud de que no sean de nacionalidad peruana, deberán contar con los documentos validados por el Estado Peruano, DNI, Carné de Extranjería o Permiso Temporal de Permanencia. Asimismo, las constancias expedidas en el extranjero deberán estar legalizadas en el país en que se emitieron.
Cursos o estudios de especialización	✓ Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional afines a la profesión y/o puesto, a partir del año 2010 a la fecha. (Deseable).
Conocimientos complementarios	✓ Manejo de Ofimática: Word, Excel, Power Point, Internet a nivel Básico. (Deseable).
Habilidades o competencias	✓ Actitud de servicio, ética e integridad, compromiso y responsabilidad, resultados. ✓ Comunicación efectiva, planificación y organización, capacidad de análisis y capacidad de respuesta al cambio. ✓ Garantizar la confidencialidad, tratándose del seguimiento de posibles casos y casos confirmados.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PIURA
V°B°
Ofic. Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria

	✓ Capacidad para trabajar bajo presión y liderazgo.
Otros	✓ Declaración Jurada de gozar de buena salud. ✓ No tener diagnóstico de morbilidad: hipertensión, diabetes mellitus, EPOC, formas severas de asma. ✓ Contar con Registro Único del Contribuyente

2) CIRUJANO DENTISTA, OBSTETRA , ENFERMERA(O) Y/O BIOLOGO

REQUISITO	DETALLE
Formación académica, grado académico o nivel de estudios	✓ Presentar copia simple del Título Profesional de Cirujano Dentista, Obstetra, Enfermera(o) y/o Biólogo(a) Resolución del SERUMS. En caso no contar con SERUMS, de conformidad a lo dispuesto por el Decreto de Urgencia N° 037-2020, que crea el SERVICIO COVID ESPECIAL– SERVICER, los profesionales de la salud peruanos y extranjeros, podrán participar en el presente proceso de selección y laborar en el Sector Público, conforme a lo prescrito en la antes mencionada norma legal. ✓ Acreditar Colegiatura y Habilitación Profesional vigente a la fecha de inscripción. **(Indispensable).** ✓ En el caso de los profesionales de la salud de que no sean de *nacionalidad peruana, deberán contar con los documentos* validados por el Estado Peruano, DNI, Carné de Extranjería o Permiso Temporal de Permanencia. Asimismo, las constancias expedidas en el extranjero deberán estar legalizadas en el país en que se emitieron.
Cursos o estudios de especialización	✓ Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional afines a la profesión y/o puesto, a partir del año 2010 a la fecha. (Deseable).
Conocimientos complementarios	✓ Manejo de Ofimática: Word, Excel, Power Point, Internet a nivel Básico. (Deseable).
Habilidades o competencias	✓ Actitud de servicio, ética e integridad, compromiso y responsabilidad, resultados. ✓ Comunicación afectiva, planificación y organización, capacidad de análisis y capacidad de respuesta al cambio. ✓ Garantizar la confidencialidad, tratándose del seguimiento de posibles casos y casos confirmados. ✓ Capacidad para trabajar bajo presión y liderazgo.
Otros	✓ Declaración Jurada de gozar de buena salud. ✓ No tener diagnóstico de morbilidad: hipertensión, diabetes mellitus, EPOC, formas severas de asma. ✓ Contar con Registro Único del Contribuyente

3) TÉCNICOS DE LABORATORIO

REQUISITO	DETALLE
Formación académica, grado académico o nivel de estudios	✓ Presentar copia simple del Título Profesional Técnico en Laboratorio, emitido por Instituto Superior Tecnológico a nombre de la nación (mínimo 03 años de estudio) (Indispensable).
Cursos o estudios de especialización	✓ Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional afines a la profesión y/o puesto, a partir del año 2010 a la fecha. (Deseable).
Conocimientos complementarios	✓ Manejo de Ofimática: Word, Excel, Power Point, Internet a nivel Básico. (Deseable).

Habilidades o competencias	✓ Actitud de servicio, ética e integridad, compromiso y responsabilidad, resultados. ✓ Comunicación afectiva, planificación y organización, capacidad de análisis y capacidad de respuesta al cambio. ✓ Garantizar la confidencialidad, tratándose del seguimiento de posibles casos y casos confirmados. ✓ Capacidad para trabajar bajo presión y liderazgo.
Otros	✓ Declaración Jurada de gozar de buena salud. ✓ No tener diagnóstico de morbilidad: hipertensión, diabetes mellitus, EPOC, formas severas de asma. ✓ Contar con Registro Único del Contribuyente

4) TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

REQUISITO	DETALLE
Formación académica, grado académico o nivel de estudios	✓ Presentar copia simple del Título Profesional Técnico en Enfermería, emitido por Instituto Superior Tecnológico y/o escuela tecnológica de cualquier universidad acreditada por SUNEDU a nombre de la nación (mínimo 03 años de estudio) (Indispensable).
Cursos o estudios de especialización	✓ Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional afines a la profesión y/o puesto, a partir del año 2010 a la fecha. (Deseable).
Conocimientos complementarios	✓ Manejo de Ofimática: Word, Excel, Power Point, Internet a nivel Básico. (Deseable).
Habilidades o competencias	✓ Actitud de servicio, ética e integridad, compromiso y responsabilidad, resultados. ✓ Comunicación afectiva, planificación y organización, capacidad de análisis y capacidad de respuesta al cambio. ✓ Garantizar la confidencialidad, tratándose del seguimiento de posibles casos y casos confirmados. ✓ Capacidad para trabajar bajo presión y liderazgo.
Otros	✓ Declaración Jurada de gozar de buena salud. ✓ No tener diagnóstico de morbilidad: hipertensión, diabetes mellitus, EPOC, formas severas de asma. ✓ Contar con Registro Único del Contribuyente

5) CHOFERES

REQUISITO	DETALLE
Formación académica, grado académico o nivel de estudios	✓ Educación secundaria concluida ✓ Poseer licencia de conducir AII vigente
Características del puesto	✓ Conducir vehículos de transporte y otros que se le asigne. ✓ Velar por el adecuado funcionamiento del vehículo, a fin detectar posibles irregularidades de su funcionamiento. ✓ Apoyar en las labores que le designen.
Habilidades o competencias	✓ Actitud de servicio, ética e integridad, compromiso, responsabilidad, confidencialidad, trabajo en equipo y capacidad de respuesta al cambio. ✓ Conocimiento de las reglas y rutas de tránsito.
Otros	✓ Declaración Jurada de gozar de buena salud. ✓ Conocimientos de RCP. ✓ No tener diagnóstico de morbilidad: hipertensión, diabetes mellitus, EPOC, formas severas de asma.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PUNO
V°B°
Dra. Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria

6) **DIGITADORES**

REQUISITO	DETALLE
Formación académica, grado académico o nivel de estudios	✓ Presentar certificado de estudios en computación Y/O informática de instituto acreditado y/o universidad ✓ Estudios de analista de sistemas ✓ Constancia de CURSOS DE CAPACITACION en entorno Windows nivel basico
Cursos o estudios de especialización	✓ Profesional universitario. Bachiller y/o egresado que acredite estudios o cursos de computación en su curricula o plan de estudios
Conocimientos complementarios	✓ Manejo de Ofimática: Word, Excel, Power Point, Internet a nivel Básico. (Deseable).
Habilidades o competencias	✓ Actitud de servicio, ética e integridad, compromiso, responsabilidad, confidencialidad, trabajo en equipo y capacidad de respuesta al cambio. ✓
Otros	✓ Declaración Jurada de gozar de buena salud. ✓ Conocimientos de RCP. ✓ No tener diagnóstico de morbilidad: hipertensión, diabetes mellitus, EPOC, formas severas de asma.

7) **AUXILIARES / LIMPIEZA**

REQUISITO	DETALLE
Formación académica, grado académico o nivel de estudios	• **Acreditar SECUNDARIA COMPLETA**
Características del puesto	✓ Realizar actividades de apoyo de traslado de equipos , enseres y logística para la ejecución de las actividades comunales o extramurales en la comunidad de los EQUIPOS DE RESPUESTA RAPIDA(ERR) Y/O EQUIPOS SE SEGUIMIENTO CLINICO (ESC); ERR/MERCADOS o Equipos Samus
Habilidades o competencias	✓ Actitud de servicio, responsabilidad, cumplimiento; ética e integridad, compromiso, confidencialidad, trabajo en equipo y capacidad de respuesta al cambio. ✓
Otros	✓ Declaración Jurada de gozar de buena salud. ✓ Conocimientos de RCP. ✓ No tener diagnóstico de morbilidad: hipertensión, diabetes mellitus, EPOC, formas severas de asma.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-PIURA
V°B°
Dra. Sandra Inteligencia Sanitaria

III. **Dependencia, Unidad Orgánica y/o Área Solicitante:**
Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria

IV. **Dependencia encargada de realizar el proceso de Contratación:**
Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria
Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos

V. **Base Legal:**
Decreto Supremo N° 008-2020-SA

Decreto de Urgencia N° 029-2020
Decreto de Urgencia N° 037-2020
Decreto URGENCIA 065-2020/PCM

VI. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

REMUNERACIONES:

Médico General:	S/. 8,500.00
Cirujano Dentista, Obstetra, Enfermera:	S/. 7,500.00
Técnico de Laboratorio:	S/. 3,000.00
Técnico de Enfermería:	S/. 3,000.00
Choferes:	S/. 3,000.00
Digitador:	S/. 3,000.00
Auxiliar / Limpieza:	S/. 2,500.00

DURACIÓN DEL CONTRATO:
02 Meses (Sujeto a Renovación).

VII. MODALIDAD DE POSTULACIÓN

Postulación Vía Electrónica:

Las personas interesadas en participar en el proceso que cumplan con los requisitos establecidos, deberán enviar el **Curriculum Vitae Documentado y la Ficha de Única de Datos para la Contratación de Personal (Anexo 1) en formato PDF** al correo electrónico: **convocatoriasdiresa2020@diresapiura.gob.pe**, indicando en el Asunto el puesto al que se postula: (por ejemplo: "Medico General – 2020").

VIII. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

	ETAPAS DEL PROCESO	FECHA Y HORA	AREAS RESPONSABLES
CONVOCATORIA			
1	Postulación vía electrónica	LUNES06/06/2020 hasta las 11.59pm	DEIS
SELECCIÓN			
2	Evaluación Curricular	Martes 07/06/2020	DEIS
3	Publicación de resultados finales	Miércoles 08/06/2020	DEIS
4	Suscripción de Contrato	A partir del día siguiente de la publicación de los resultados finales	DEGDRRHH/ DEIS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PIURA
V°B°
Dr. Director de Intervenciones Sanitarias

DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe ……..……..…… ……..... identificado con DNI Nº ....., declaro bajo juramento:

a) No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo en el Estado.
b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
c) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
d) Percibo otra remuneración o ingreso del Estado:

No ☐

Si ☐ especificar: Remuneración: ☐

Pensión: ☐

Otros: ☐ especificar: _____

Monto: _____

Entidad: _____

_____

Firma

Piura, ____ de _____ de 2020.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR EPS

Señor/a: …….……..
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de manifestar que a través del presente documento autorizo el descuento por el monto de …….. (S/ ……..) para la Empresa Prestadora de Salud RIMAC EPS, el cual tendrá vigencia mientras dure el contrato con la mencionada Empresa Prestadora de Salud.

Lima, ...……de……...de 20…

_____
(Firma)
DNI N°

DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL

SISTEMA PREVISIONAL

Expreso mi consentimiento a afiliarme:

Regimen Nacional de Pensiones (ONP) ☐

Régimen Privado de Pensiones (AFP) ☐

Estoy afiliado al siguiente régimen:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP) ☐ Fecha de Afiliación / /

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) ☐ Fecha de Afiliación / /

AFP INTEGRA ☐ AFP PRIMA ☐

AFP HABITAT ☐ AFP PROFUTURO ☐

SOY PENSIONISTA ☐

DL. 20530 ☐

DL 19990 ☐

OTROS (PRECISAR)

.....

DE SER PENSIONISTA PRESENTAR:

Resolución de Pensionista ☐

Resolución de Suspensión de Pensión ☐

Carta Declaración de Voluntad de No aporte al SPP por ser Pensionista ☐

Piura, ...……de……de 20….

_____
(Firma)

DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO

Yo,……..., identificado/a con DNI Nº ……., al amparo del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el 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, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

( ) Sí / ( ) No, tengo en el MINSA familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que gocen de la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar a la Entidad.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley Nº 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo dispuesto en las normas sobre la materia.

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso, estoy sujeto/a a los alcances de lo establecido en los artículos 411 y 438 del Código Penal[1].

Piura,...……de……..de 2020

(Firma)

Nota: En caso de tener parientes que laboren en DIRESA PIURA, deberá completar el Anexo adjunto

[1] **Falsa declaración en procedimiento administrativo**
Artículo 411.- El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Falsedad genérica
Artículo 438.- El que de cualquier otro modo que no esté especificado en los Capítulos precedentes, comete falsedad simulando, suponiendo, alterando la verdad intencionalmente y con perjuicio de terceros, por palabras, hechos o usurpando nombre, calidad o empleo que no le corresponde, suponiendo viva a una persona fallecida o que no ha existido o viceversa, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos ni mayor de cuatro años.

ANEXO

DATOS DE LOS FAMILIARES

Nº	Nombres y Apellidos	Parentesco	Órgano/Unidad Orgánica donde labora

GRADOS DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD Y AFINIDAD

1º Grado	Padres	Hijo(a)	Suegro(a)	Yerno/Nuera	Hijo(a) del cónyuge que no es hijo del servidor
2º Grado	Nieto(a)	Hermano(a)	Abuelo(a)	Cuñado(a)	Nieto(a) (hijo del hijo del cónyuge que no es hijo del servidor)
3º Grado	Bisnieto(a)/Bisabuelo(a)	Tío(a)	Sobrino(a)		
4º Grado	Tataranieto(a)/Tatarabuelo(a)	Primo(a) hermano(a)	Tío(a) Abuelo(a) / Sobrino(a) nieto(a)		

Leyenda:

Consanguinidad Afinidad

Nota: El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada cónyuge se halla en igual línea de grado de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por la disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso de divorcio y mientras viva el ex cónyuge (artículo 237 del Código Civil).

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo, ……..…, identificado con DNI Nº ……..…, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Guardar reserva y no revelar, difundir o entregar, ni hacer pública por medio alguno, cualquier información o asunto a la que pueda acceder directa o indirectamente con ocasión del ejercicio de las actividades.
2. A no emplear en provecho propio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros, información confidencial conforme a los alcances de la Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales; tampoco, aquella que sin tener reserva legal pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante a la cual haya podido tener acceso directo o indirecto en la Dirección Regional de Salud Piura.
3. No retirar ni publicar documentación confidencial, ni en medio físico ni electrónico, de la Dirección Regional de Salud Piura, conforme a la aplicación supletoria de las disposiciones contenidas en la Directiva N° 227-MINSA/2017/OGTI "Organización del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 074-2017/MINSA.
4. Conocer los alcances de la Ley Nº 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual; y, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 019-2002-PCM.

Piura,...……de……..……..de 20…….

_____
(Firma)

DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Yo, ……, identificado con DNI ……..……, declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO QUE:

1. He recibido un brochure que contiene los alcances de la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
2. Tengo pleno conocimiento de las disposiciones contenidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
3. Me comprometo a cumplir estrictamente con los principios, deberes y prohibiciones éticos que en ella se establecen.

Lima,……de……..de 20….

_____

(Firma)

CARTA DE AUTORIZACION

El (la) que suscribe ……

Identificado(a) con DNI N°……., comunico el número de cuenta y banco, agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos de mis remuneraciones se efectúen en dicha cuenta:

NOMBRE DE ENTIDAD BANCARIA:																	
NÚMERO DE CUENTA:																	

Asimismo, tomo conocimiento que por cada pago de mi remuneración mensual e inclusive la liquidación, se requiere el recojo de la Boleta de Pago, el cual lo efectuaré personalmente en la Oficina de Tesorería (ventanillas del 1er piso de la Sede Central sito en Av. Salaverry Nº 801, Jesús María).

Atentamente,

_____

Firma

Piura, ____ de _____ de 2020.

Declaración jurada sobre la veracidad de la información y habilitación, para contratación directa CAS

Yo, ... identificado(a) con DNI/CE Nº ....., con domicilio ubicado en .....…….. del Distrito de ....., Provincia de ..... Departamento de ....., DECLARO BAJO JURAMENTO:

- Contar con documentación que certifique la veracidad de la información declarada en la aplicación informática.
- Estar en ejercicio pleno de los derechos civiles.
- No tener condena por delito doloso, con sentencia firme.
- No estar inhabilitado administrativa o judicialmente.
- No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECI) – Art. 52 Ley N° 30353.
- Contar con demás requisitos previstos en la Constitución Política del Perú y las leyes, cuando corresponda.
- Contar con la habilitación profesional conferida por el Colegio profesional que corresponde a las funciones del puesto, según corresponda

Suscribo el presente documento en señal de conformidad.

....., ... de .... del 2020

Firma:

DNI:

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 Nº		**RUC Nº**	
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 ( ) Alameda ( ) Malecón ( ) Óvalo
( ) Parque ( ) Plaza ( ) Carretera ( ) Trocha ( ) 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
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

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

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

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:

SI	NO	
☐	☐	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
☐	☐	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
☐	☐	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
☐	☐	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE
☐	☐	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
☐	☐	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY Nº 30794
☐	☐	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.
☐	☐	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
☐	☐	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 SERVIDOR

Fecha	/ /	Firma:	

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

Fecha	Día Mes Año	**Firma:**	

Favor completar esta información con firma en esta carilla.