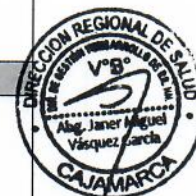


COMUNICADO

La Dirección Regional de Salud de Cajamarca, a través de la Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de la DIRESA Cajamarca, invita a los Profesionales de la Salud y otros, a participar en el Proceso de Convocatoria por Emergencia, para la Contratación Administrativa de Servicios, Bajo el Régimen del Decreto Legislativo N° 1057, según los lineamientos establecidos en el artículo 27° del Decreto de Urgencia N° 029-2020.


CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | FECHA |
|--|---|
| CONVOCATORIA | |
| Publicación de la convocatoria en la página web de la DIRESA http://www.diresacajamarca.gob.pe y página web del Gobierno Regional de Cajamarca (https://sar3.regioncajamarca.gob.pe/convocatorias/) | 03/Abr/2020 al 04/Abr/2020 |
| SELECCIÓN | |
| Envío de currículum documentado foliado y escaneado en Formato PDF al Correo Electrónico hospitalsimonbolivar4655@gmail.com | 04/Abr/2020 al 05/Abr/2020 |
| Evaluación curricular – Hoja de vida | 06/Abr/2020 |
| Publicación definitiva de los Resultados de la Evaluación Curricular | 06/Abr/2020 A partir de las 05:00 pm |
| SUSCRIPCIÓN DE CONTRATO | |
| Suscripción del contrato | Dentro de los 03 días hábiles contados a partir de la publicación del resultado final |
| * Presentación de currículum documentado en físico del personal ganador del concurso en Mesa de Partes de la DIRESA Cajamarca; Av. Mario Urteaga N° 500 | Del 13/Abr/2020 al 17/Abr/2020 |



* Los Expedientes conteniendo las Hojas de Vida de los postulantes ganadores del concurso, podrán ser validados en una verificación posterior, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 27444 y su Reglamento.

Nota: La acreditación implica presentar copia de los documentos sustentatorios. Los postulantes que no lo hagan serán descalificados. Los documentos presentados no serán devueltos. Para la posterior validación del postulante seleccionado, éste presentará la documentación original sustentadora.

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---------------|--|--|
|  PERÚ Ministerio de Salud | | Secretaría General | | Oficina General de Gestión de Recursos Humanos | |
| Ficha Única de Datos | | | | | Foto actualizada |
| <p>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.</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 () 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 (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"/> | <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 (REDEREJ) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDEREJ) 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 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 | | |

Favor completar esta información con firma en esta carilla.