



Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

**9NA CONVOCATORIA PÚBLICA PARA PERSONAL DE SALUD POR LA MODALIDAD CAS
EXTRAORDINARIA EN EL MARCO DEL DECRETO DE URGENCIA N° 089-2021
“DECRETO DE URGENCIA QUE AUTORIZA MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA LA
CONTINUIDAD DE EQUIPOS DE COORDINACIÓN Y LAS BRIGADAS DE VACUNACIÓN,
LA ENTREGA ECONÓMICA POR PRESTACIONES ADICIONALES Y SERVICIOS DE
VACUNACIÓN DE LOS CENTROS DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19”**

1. GENERALIDADES:

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE:

Unidad Ejecutora 400 – Dirección Regional de Salud Madre de Dios, con RUC N° 20170258054.

1.2. DOMICILIO LEGAL:

Av. Ernesto Rivero N° 475 – Puerto Maldonado.
Teléfono N° 082-571127 – 573479 – 573261.

1.3. OBJETO DE LA CONVOCATORIA:

Convocar un proceso público de selección para la contratación extraordinaria de personal en la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios Extraordinaria, tomando como base las disposiciones extraordinarias en materia de contratación de personal asistencial del sector público a profesionales de la salud, técnicos de la salud en las plazas requeridas por la Unidad Ejecutora 400 - Salud Madre de Dios, de manera temporal para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus.

1.4. ÁREA USUARIA:

Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas - DESP

1.5. PLAZAS OFERTADAS Y PERIODO DE CONTRATO:

Las plazas consideradas para el concurso de contratación de personal se enmarcan en la requeridas por las áreas usuarias, en coordinación con la Oficina de Personal de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios; y, su periodo de contratación se encuentra detallado en el Anexo N° 01.

1.6. FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Control, Diagnóstico y Tratamiento de Coronavirus.

1.7. SISTEMA DE CONTRATACIÓN:

El presente proceso se rige por:

- Decreto de Urgencia N° 089-2021 “Decreto de Urgencia que autoriza medidas extraordinarias para la continuidad de equipos de coordinación y las brigadas de vacunación, la entrega económica por prestaciones adicionales y servicios de vacunación de los centros de vacunación contra la COVID-19”
- Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057 y sus modificatorias, que regula el régimen especial del Contrato Administrativo de Servicio (CAS).





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

- Se exceptúa a las entidades del Concurso Público al que se refiere el Artículo N° 08, de la Ley N° 29849, Ley que establece la Eliminación Progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057 y otorga derechos laborales.
- Circular N° 047-2020-0GGRH/MINSA, mediante el cual la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud formula “Lineamientos para la Contratación de Personal CAS tomando como base las disposiciones extraordinarias en materia de contratación de personal del Sector Público”.
- Decreto Supremo N° 155-2021-EF; que autoriza Transferencias de partidas a favor de los Gobiernos Regionales en el Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2021, para financiar la contratación de profesionales de enfermería y técnicos en enfermería, para prestar servicios asistenciales en las brigadas fijas de los Centros de Vacunación contra el COVID-19.

1.8. ALCANCES DEL PROCESO DE SELECCIÓN:

Los Lineamientos son aplicables para todos los postulantes al siguiente proceso de selección para la contratación extraordinaria de personal en la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios de la Dirección Regional de Salud, quienes deben cumplir con los requisitos solicitados y el perfil de la plaza a concursar.

2. BASE LEGAL:

- Constitución Política del Estado.
- Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- Ley N° 26657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 26774, Ley de Nepotismo.
- Ley N° 30220, Ley Universitaria.
- Decreto Legislativo N° 1057, que aprueba el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicio – CAS.
- Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, que aprueba el reglamento del D.L N°. 1057 y su modificación con D. S. N° 65-2011-PCM.
- Circular N° 047-2020-0GGRH/MINSA.
- Decreto Supremo N° 155-2021-EF.
- Decreto de Urgencia N° 089-2021.

3. CONVOCATORIA DE PERSONAL:

3.1. CONVOCATORIA:

La convocatoria se realiza a través del Portal Institucional de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios www.diresamdd.gob.pe; así como también a través de las redes sociales de la entidad; y, como en 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.





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

3.2. CRONOGRAMA:

N°	ETAPA	PLAZO	
		INICIO	TÉRMINO
1°	Publicación de las plazas a convocar (Anexo 01)	26/10/2021	27/10/2021
2°	Remisión de Currículum Vitae digital (pdf) al correo electrónico: convocatoria_cas_covid@diresamdd.gob.pe	27/10/2021	28/10/2021
3°	Evaluación Curricular	29/10/2021	30/10/2021
4°	Publicación de resultados finales	31/10/2021	31/10/2021
5°	Inicio de Labores	03/11/2021	30/11/2021

3.3. INSCRIPCIÓN Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES:

Los postulantes deberán cumplir con las siguientes indicaciones:

1. Remitir en un solo expediente en formato digital (PDF) al correo convocatoria_cas_covid@diresamdd.gob.pe, la siguiente documentación:

- Solicitud de Postulación.
- Ficha Única De Datos.
- DNI.
- CV Documentado.
- Declaración de Nepotismo.
- Ficha de Referencias Laborales.
- Declaración Jurada de Grupo de Riesgo.
- Declaración Jurada de gozar de buena salud física y mental.
- Declaración Jurada y Ficha de INFORHUS.
- Suspensión de Cuarta Categoría.
- Ficha RUC y Suspensión de Cuarta Categoría.

En el caso de no contar aún con ficha RUC y suspensión de Cuarta Categoría, ella se puede remitir a la Oficina de Personal, hasta 3 días hábiles posteriores al inicio de labores, bajo responsabilidad del trabajador; ya que es requisito indispensable para el ingreso en los sistemas para el pago de haberes, como para la elaboración de su respectivo contrato.





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

- **En el asunto del correo se deberá consignar lo siguiente:**
Siglas de la Dirección Ejecutiva o Servicio, Plaza N° 0000, Perfil de la plaza, Apellidos y Nombres.
Ejemplo:
DESP, Plaza 05, Médico, Sarmiento Ovalle Karina.

3.4. EVALUACIÓN CURRICULAR:

El área usuaria será quien realizará la evaluación de los expedientes de acuerdo a los criterios de evaluación y los términos de Referencia establecidos.

3.5. REQUISITOS GENERALES PARA POSTULAR:

- Podrán participar del presente proceso, toda persona natural con las condiciones y los requisitos mínimos señalados en los perfiles solicitados.
- El Currículo Vitae digital (PDF) documentado deberá estar debidamente ordenado según lo establecido en el Formato N° 01: “Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal CAS- Extraordinario.

3.6. LA EVALUACIÓN:

3.6.1. PUNTAJE Y PONDERADO POR CRITERIO DE EVALUACIÓN:

El área usuaria selecciona al candidato/a para la contratación considerando los siguientes criterios:

CRITERIOS	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE PONDERADO
Requisitos mínimos	100 puntos	60%
Conocimientos y experiencia adicional a la requerida	100 puntos	40 %
TOTAL		100 %

3.6.2. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN:

De acuerdo a lo establecido en los Lineamientos para la Contratación de Personal CAS Extraordinario, tomando como base las disposiciones extraordinarias en materia de Contratación de Personal del Sector Público, se ha establecido que sólo se considera la evaluación curricular.

3.6.3. LA EVALUACIÓN:

Tiene por objeto calificar el nivel de formación Profesional y Técnica, la capacitación obtenida, experiencia laboral y méritos alcanzados por el postulante y se califica en





**“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”**

Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

base al Formato N° 01 presentado por el postulante, siendo el postulante responsable del llenado adecuado y sustento del formato.

Los documentos adjuntados constituyen instrumentos de verificación, siendo responsable del postulante su presentación completa al momento de la presentación, en caso se presenta falencias la calificación se efectuará en base a los documentos presentados, **no existe opción a regularizar o incluir documento sustento alguno posterior a la presentación del expediente.**

Los factores que se calificarán, se distribuyen de la siguiente forma:

➤ **Evaluación Curricular: Puntaje Máximo (100 puntos) – Ponderado 60%**

I. Nivel Académico (Hasta 50 puntos): Considera los estudios alcanzados en los diferentes niveles los mismos que se acreditan con título profesional y/o técnico de acuerdo al grupo ocupacional al cual postula.

- ❖ Título Profesional: 25 puntos
- ❖ Especialización: 25 puntos

II. Tiempo de servicio. - (Hasta 50 puntos). Califica la experiencia laboral que será verificada por los contratos de trabajo establecidos dentro de los regímenes laborales 728, 1057, 276 y Locación de Servicio que se presenten o Constancia y/o Certificados, se calculará en base al tiempo laborado afines al cargo al cual postula.

- ❖ 1 año equivale a 10 puntos.

➤ **CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA ADICIONAL A LA REQUERIDA: Puntaje Máximo (100 puntos) – Ponderado 40%**

✓ Capacitación (Hasta 100 puntos): Evalúa los conocimientos, aptitudes, prácticas, técnicas y habilidades obtenidas en maestría, diplomados, especializadas, curso, talleres u otros acreditados con diploma, certificados y constancias emitidas desde el 2015 a la fecha de evaluación y que guarden relación con las funciones que desempeña el trabajador.

La acreditación de capacitación se realizará en base a créditos académicos, los cuales para efectos de las presentes bases tendrán las siguientes equivalencias:

☞ 16 horas lectivas = 1 crédito académico = 5 puntos

☞ Lo considerado en los documentos de capacitación.

3.7. RESULTADOS FINALES:

Los resultados finales se obtendrán del máximo puntaje de la evaluación curricular.

En caso de Bonificación por Discapacidad: Se aplica una bonificación de 15% sobre el puntaje final obtenido en toda la evaluación; para ello el postulante debe presentar el certificado de discapacidad, otorgado por los hospitales del Ministerio de Salud, de Defensa, del Interior o del Seguro Social (Es salud), o en su defecto la Resolución de Discapacidad vigente emitida por el Consejo Nacional para la Integración de la persona con discapacidad (CONADIS).





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

Para el caso de Bonificación del Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas: Se aplica una bonificación del 10% sobre el puntaje final obtenido en toda la evaluación, el postulante deberá presentar el documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.

3.8. DURACIÓN DEL CONTRATO:

El personal de la Salud se contrata de **MANERA TEMPORAL** para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus; siendo el periodo de duración del contrato del 03 al 30 de noviembre del 2021.

3.9. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO:

3.9.1. DECLARATORIA DEL PROCESO COMO DESIERTO:

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

- a. Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
- b. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.

3.9.2. CANCELACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN

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

- a. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- b. Por restricciones presupuestales.
- c. Otras debidamente justificadas.

3.9.3. IMPEDIMENTOS DE POSTULACIÓN:

No podrán participar del presente proceso, las personas que estén considerados en las siguientes condiciones:

- a. Tener vínculo de parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad con el Director de Personal o el Área Usuaria.
- b. Tener antecedentes penales, policiales, judiciales o administrativos que impidan contratar con el Estado.
- c. Tener patologías de Salud Mental que impidan el adecuado desenvolvimiento en sus funciones encomendadas.
- d. Tener Cese de Contrato contemplado como falta administrativa en el año fiscal 2020 y/o Primer Trimestre del año 2021, ante la Unidad Ejecutora 400 Salud Madre de Dios.
- e. Tener contrato vigente en Brigadas de Vacunación del Sector Salud, Decreto de Urgencia N° 051-2021.

4. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:

- Para el caso de profesionales extranjeros el título deberá contar con apostilla o legalización correspondiente, de acuerdo a la normativa vigente.
- La suscripción del contrato dentro de un plazo no mayor de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente de la publicación de los resultados. Si vencido el plazo el seleccionado no suscribe





"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"

Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

el contrato por causas objetivas imputables a él, se debe declarar seleccionada a la persona que ocupa el orden de mérito inmediatamente siguiente, para que proceda a la suscripción del respectivo contrato dentro del mismo plazo, contado a partir de la notificación vía electrónica al correo consignado en su Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal.

- El contrato en físico firmado por el Jefe de Personal será entregado al servidor a la culminación de la Emergencia Sanitaria.
- El personal que adjudique plaza, para recibir el Memorando de Presentación deberá previamente realizar el llenado de la declaración Jurada y Ficha de INFORHUS, área de Legajo.
- El pago de la remuneración se calcula por el mes calendario; por tanto, el importe percibido es proporcional con la fecha de ingreso a laborar.





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

ANEXO N° 01

COD PLAZA	DIRECCION EJECUTIVA	EESS	PROFESION	PLAZAS VACANTES	MONTO MENSUAL	DURACION DEL CONTRATO	MODALIDAD DE TRABAJO	TIPO DE PLAZA
01	DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS	BRIGADAS DE VACUNACION -DIRESA	ASISTENTE DE ESTADISTICA E INFORMATICA	1	S/ 2,000.00	03 AL 30 DE NOVIEMBRE	PRESENCIAL	ASISTENCIAL





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

**SOLICITUD: POSTULACION A
CONVOCATORIA PÚBLICA N° 09 – D.U.
N° 089-2021**

M.C. RICARDO TELLO ACOSTA

DIRECTOR REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

Presente.-

Yo,; identificado con DNI N° y domiciliado en me presento ante ud. Con respeto y expongo:

Que, habiendo tomado conocimiento de la **CONVOCATORIA PÚBLICA N° 09 – D.U. N° 089-2021**, PARA PERSONAL DE SALUD POR LA MODALIDAD CAS EXTRAORDINARIA EN EL MARCO DEL DECRETO DE URGENCIA N° 089-2021 “DECRETO DE URGENCIA QUE AUTORIZA MEDIDAS EXTRAORDINARIAS PARA LA CONTINUIDAD DE EQUIPOS DE COORDINACIÓN Y LAS BRIGADAS DE VACUNACIÓN, LA ENTREGA ECONÓMICA POR PRESTACIONES ADICIONALES Y SERVICIOS DE VACUNACIÓN DE LOS CENTROS DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19”

Solicito se considere mi postulación a la plaza N°, eess....., perfil de puesto..... ; para lo cual adjunto los documentos solicitados.

Agradezco su atención a la presente, hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente

Puerto Maldonado, _____ de _____ del 2021.

Firma

DNI N°





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

FORMATO N° 01: FICHA DE EVALUACIÓN

 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS				Foto actualizada		
Ficha Única de Datos CAS COVID						
<p>La Oficina de Personal de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, solicita llenar la "Ficha de Datos Personales – CAS Extraordinario" 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	<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"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza	<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Trocha	<input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Trocha	<input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Otros: Especificar	<input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Óvalo		





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

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		





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

Fecha hasta la cual se encuentra habilitado	/ /	N° 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.			





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

		/	/
		/	/
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

SI NO

SI NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES

SI NO

SI NO REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES

SI NO

SI NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)

SI NO

SI NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)

SI NO

SI NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)

SI NO

SI NO ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE

SI NO





“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”
“Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú”

Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

SI 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

SI NO TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794

SI 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 EL MVCS.

SI 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

SI 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 SERVIDOR

Fecha	/ /	A	Firma:
	Día Mes	ño	





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

FORMATO N° 2:

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO - Ley N° 26771

**D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM, D.S. N° 034-2005-PCM Y LEY N° 30294
- Ley que modifica el Artículo 1 de la Ley 26771**

Yo,.....
..... identificado (a) con D.N.I. N° al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad o por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar en la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios.

No encontrarme en el Registro de inhabilitación para contratar con el Estado, según las disposiciones de la Ley N° 30225 “Ley de Contratación del Estado”

No estar sancionado (a) por el Tribunal de Contrataciones del estado u otra instancia vinculada a la Ley N° 30225 “Ley de Contrataciones del Estado” y su Reglamento vigente.

No percibir del estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier otro tipo de ingreso; salvo los ingresos que deriven de la función docente, Según la Ley N° 38175 “Ley Marco del Empleo Público”.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado 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 los alcances de lo establecido en el artículo 411° y el artículo 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Puerto Maldonado, ____ de _____ del 2021.

Firma



Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

FORMATO Nº 03: FICHA DE REFERENCIAS LABORALES

POSTULANTE	
DNI	
CARGO AL QUE POSTULA	
VERIFICADOR	
1. DATOS DEL INFORMANTE	
Nombre del contacto	
Entidad donde laboraba	
Puesto que ocupaba	
Teléfono de contacto	
2. INFORMACION SOBRE EL POSTULANTE	
Mes/año de ingreso:	/Mes/Año de Término/
Cargo que desempeñaba	
Funciones que desempeñaba	
Fortalezas	
Áreas mejora	
Motivo del Cese	
Observaciones	





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

FORMATO N° 4:

“DECLARACION JURADA SOBRE GRUPO DE RIESGO”

Yo,.....
..... identificado/a con DNI N° y con domicilio
en.....; mediante la presente,
en mi condición de (servidor/a civil o colaborador/a) de la
Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, de acuerdo con el Artículo IV, Inciso 1.7
del Título Preliminar y el Artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley
del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-
JUS, **DECLARO BAJO JURAMENTO** pertenecer al Grupo de Riesgo ante
complicaciones por COVID-19, por los motivos siguientes:

- Factor de edad mayores de 65 años o;
- Factor clínico, es decir, comorbilidades: hipertensión arterial no controlada, enfermedades cardiovasculares graves, cáncer, diabetes mellitus, asma moderada o grave, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, enfermedad o tratamiento inmunosupresor, obesidad con Índice de Masa Corporal (IMC) de 40 a más.
- Gestante
- No pertenecer al Grupo de Riesgo.

Ratifico la veracidad de lo declarado, manifestando someterme a la autoridad vigente y a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que se pudieran derivar en caso que algunos de los datos consignados sean falsos, siendo pasible a la fiscalización posterior que el Órgano de Control Interno - OCI considere pertinente, en el marco de lo establecido en el Artículo 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

La información contenida en este documento está protegida por la Ley N° 29733, Ley de

Protección de Datos Personales.

Puerto Maldonado, ____ de _____ del 2021.

Firma





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

FORMATO N° 5

“DECLARACION JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD FISICA Y MENTAL”

Yo.....; identificado con
DNI N°..... y domiciliado en
..... En pleno uso de
mis facultades físicas y mentales, DECLARO bajo juramento, GOZAR DE BUENA
SALUD FÍSICA Y MENTAL

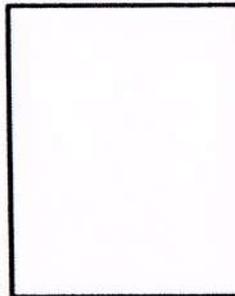
Para mayor constancia y validez, cumplo con firmar y pongo mi huella digital al pie del
presente documento para los fines legales correspondientes, para efectos de postular a
la Convocatoria en la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios.

Puerto Maldonado, ____ de _____ del 2021.



Firma

DECLARACIÓN JURADA Y FICHA DE INFORHUS
(LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES)



APELLIDOS Y NOMBRES (como el DNI)

DNI N° LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

(Adjuntar 02 fotografías tamaño carnet y copia ampliada de DNI)

TELÉFONO FIJO/CELULAR (obligatorio): CUENTA:

CORREO ELECTRÓNICO (obligatorio) N° DE COLEGIATURA:

DATOS DE ACUERDO AL DNI: ESTADO CIVIL: Soltero () Casado () Conviviente () Hijos: Si () No ()

¿Cuántos? (*) En caso de tener hijos adjuntar copias legibles de los DNI.

DATOS PARA EL INGRESO:

FECHA DE INICIO:/...../..... CONDICIÓN: CAS () CONT. 276 () OTROS.....

CARGO: MEMORANDO:

DIRECCIÓN DOMICILIARIA ACTUAL:

NOMBRE DE UN FAMILIAR MÁS CERCANO:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

LUGAR DONDE SERÁ CONTRATADO:

LUGAR/PUESTO/CENTRO DE SALUD/DIRESA:

PRESUPUESTO ASIGNADO POR: RO () RDR () PPR () OTROS:

GRADO DE INSTRUCCIÓN /ESTUDIOS:

UNIVERSIDAD () INSTITUTO () OTROS:

NACIONAL () PARTICULAR () EXTRANJERO () PAÍS

NOMBRE DE LA CASA DE ESTUDIOS:

PROFESIÓN: AÑO DE EGRESO:

TIENE ESPECIALIDAD: SI () NO () NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD:

UNIVERSIDAD DONDE REALIZÓ LA ESPECIALIDAD:

RÉGIMEN PENSIONARIO: AFP () Indicar: ONP ()

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SON VERDADEROS Y CORRECTOS, CUALQUIER CAMBIO POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN AQUÍ DECLARADA, ESTARÉ INFORMANDO DE INMEDIATO A LA OFICINA DE PERSONAL.

Puerto Maldonado, de del 202..

_____ Huella

Firma del interesado





Puerto Maldonado, 26 de octubre del 2021.

PERFIL

DE

PUESTO





PERFIL DEL PUESTO
ASISTENTE DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano	Dirección Regional de Salud Madre de Dios
Unidad Orgánica	Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas
Puesto Estructural	ASISTENTE DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA
Nombre del puesto	ASISTENTE DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA
Dependencia Jerárquica lineal	Dirección de Atención Integral de la Salud
Dependencia Jerárquica funcional	Dirección de Estadística e Informática
Establecimiento de Salud	DIRESA- BRIGADAS DE VACUNACION
Código del cargo	DIRESA- BRIGADAS DE VACUNACION

MISIÓN DEL PUESTO

Asistir en la gestión la información del proceso de vacunación de la región, facilitando la obtención de la información en tiempo real y la toma de decisiones respecto al avance de la vacunación contra la COVID-19, de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 133-MINSA/2021-/DGIESP Directiva Sanitaria Actualizada para la Vacunación contra la COVID 19 en situación de emergencia sanitaria por la pandemia en el Perú en el marco de la implementación del D.U. N° 089-2021.

FUNCIONES DEL PUESTO

1. Asistir en la consolidación y control de calidad de la información (actividades complementarias) y módulo de digitación, y así contribuir con la mejora en la calidad de la información.
2. Asistir en la Gestión de la subsanación de errores de digitación en el control de calidad de datos del HIS – MINSA en el módulo inmunizaciones
3. Asistir el proceso del ingreso de la información de conteo rápido en el aplicativo MINSA.
4. Actualización y análisis de reporte de vacunación COVID 19
5. Brindar la asistencia técnica al personal de digitación durante las actividades de vacunación contra la COVID 19 en el módulo de Inmunizaciones para el registro de la prestación en forma inmediata.
6. Monitorizar la digitación de las actividades de vacunación contra la COVID 19 en el aplicativo del HIS MINSA.
- 7.-Realizar otras funciones que se designe el jefe inmediato.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas:

Dependencias internas y externas de la institución

Coordinaciones Externas:

No aplica



FORMACIÓN ACADÉMICA

INGENIERO DE SISTEMAS

A) Nivel Educativo				B) Grado(s)/Situación académica y carrera/especialidad requeridos				C) ¿Colegiatura?			
Primaria	<input type="checkbox"/>	Completa	<input type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/>	Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/>	Título/Licenciatura	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>
		incompleta	<input type="checkbox"/>								
Secundaria	<input type="checkbox"/>	completa	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/>	Título	<input type="checkbox"/>		
		incompleta	<input type="checkbox"/>	Segunda Esécialidad							
Técnica Básica	<input type="checkbox"/>	completa	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/>	Grado	<input type="checkbox"/>		
		incompleta	<input type="checkbox"/>	Sub especialidad							
Técnica Superior	<input type="checkbox"/>	completa	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/>	Grado	<input type="checkbox"/>		
		incompleta	<input type="checkbox"/>	Maestría							
Universitaria	<input checked="" type="checkbox"/>	completo	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/>	Grado	<input type="checkbox"/>		
		incompleto	<input type="checkbox"/>	Doctorado							

CONOCIMIENTOS

A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto(No se requiere sustentar con documento)

1. Módulo inmunizaciones HIS – MINSA

2. conocimientos en Sistemas de Información en Salud

B) Cursos y Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:

Estudios relacionados al cargo y función que postula

C) Conocimientos de ofimática e Idiomas

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
Procesador de Textos			X		Inglés	X			
Hojas de cálculo			X		Quechua	X			
Programa de presentaciones			X		Otros(especificar)				
Otros(especificar)					Otros(especificar)				
Otros(especificar)					Observaciones				
Otros(especificar)									

EXPERIENCIA

Experiencia General

Indique el tiempo total de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado

1 AÑO

Experiencia Especifica

A. Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto en la función o la materia; ya sea en el sector público o privado.

B. En base a la experiencia requerida para el puesto(parte A.), señale el tiempo requerido en el sector público.

practicante profesional auxiliar asistente analista especialista supervisor/coordinador jefe de área o dpto. gerente o director

* Menciones otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto

No aplica

COMPETENCIAS O HABILIDADES

Trabajo en equipo
 Capacidad de trabajo bajo presión
 Calidez y empatía
 Comportamiento ético
 Disponibilidad de tiempo
 Orientación al servicio

REQUISITOS ADICIONALES

No aplica

