



PROCESO DE CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

PROCESO CAS N° 059 – 2020 - HNSEB

“CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UNA (01) ENFERMERA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERÍA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA”

I. GENERALIDADES

1. Objeto de la convocatoria

Contratación de una (01) Enfermera bajo el régimen laboral especial del Decreto Legislativo N° 1057 – CAS, para la prestación de servicios en el Servicio de Enfermería de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Departamento de Medicina del Hospital Sergio E. Bernales.

2. Dependencia, Unidad Orgánica y/o Área solicitante.

Servicio de Enfermería de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis. Departamento de Medicina.

3. Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación.

Oficina de Personal

4. Base Legal

- a. Ley N° 30057 – Ley del Servicio Civil
- b. Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga derechos laborales.
- c. Ley N° 23536, Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 119-83-PCM.
- d. Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, modificado por Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.
- e. Decreto Legislativo N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 015-2018-SA.
- f. Decreto Supremo N° 083-2019-PCM, establecen las disposiciones para el registro y difusión de las ofertas laborales del Estado.
- g. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM que declara el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.
- h. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 052-2016-SERVIR-PE.
- i. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000030-2020-SERVIR-PE.
- j. Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.
- k. Decreto de Urgencia N° 029-2020, que dictan medidas complementarias destinadas al financiamiento de la micro y pequeña empresa y otras medidas para la reducción del impacto del COVID-19 en la economía peruana.
- l. 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).
- m. Resolución Ministerial N° 076-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 228-MINSA/2018/2017/OGRH: “Directiva Administrativa para la contratación de personal bajo los alcances del Decreto Legislativo N° 1057 en el Ministerio de Salud”, modificada con Resolución Ministerial N° 788-2017/MINSA, Resolución Ministerial N° 706-2019/MINSA.
- n. Resolución Ministerial N° 039-2020/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV”.





- o. Las demás disposiciones que regulen el Contrato Administrativo de Servicios.

II. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	Servicio de Enfermería de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Departamento de Medicina.
Duración del contrato	Del 01 de agosto de 2020 (03 meses) Sujeto a renovación.
Remuneración mensual	S/. 2,931.00 soles (Dos mil novecientos treinta y uno con 00/100 soles)
Otras condiciones esenciales del contrato	Disponibilidad inmediata para cumplir horarios rotativos.



III. MODALIDAD DE POSTULACIÓN VIRTUAL

Postulación vía electrónica

Las personas interesadas en participar en el proceso de selección y que cumplan con los requisitos establecidos, deberán enviar al correo electrónico personal@hnseb.gob.pe solo y exclusivamente los siguientes documentos:

- FORMATO 1** : Llenar Formulario de Currículum Vitae y adjuntar documentos sustentatorios.
- FORMATO 2**: Llenar Declaración Jurada A, B y C.

Adjuntar Formato 1 y 2 debidamente foliados y enviarlos en formato PDF.
(Peso máximo del archivo 24MB).

Para remitir los documentos se deberá colocar en el asunto del correo electrónico el Número de Proceso CAS y el cargo al cual postula según corresponda.

IMPORTANTE:

- ✓ La remisión de lo expuesto deberá de realizarse en el horario y fecha establecida en el cronograma (ver numeral IV), caso contrario **NO** se evaluará lo presentado.
- ✓ La información consignada en la Formulario de Currículum Vitae para la Contratación de Personal (FORMATO 1), tienen carácter de declaración jurada, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve la entidad.
- ✓ Las/os postulantes deberán de tomar las previsiones correspondientes para la remisión de los correos electrónicos con la debida anticipación, así como también dentro de la fecha y horario establecido. Solo se deberá remitir un (01) correo electrónico por participante con la información requerida para la postulación.
- ✓ Los archivos remitidos para la postulación al Concurso CAS que no se reciban en formato PDF, no serán consideradas aptas para el proceso.
- ✓ El Currículum Vitae documentado a remitir en PDF, **solo** deberá contener los documentos requeridos en el formato de perfil del puesto.





IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO (*)

N°	ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	ÓRGANO RESPONSABLE
	Aprobación de las Bases Administrativas Convocatoria CAS.	03 de julio de 2020	Comité de Selección
CONVOCATORIA			
1.	PUBLICACIÓN VÍA ELECTRÓNICA: SERVIR: www.servir.gob.pe/talento-peru/ Link Ofertas Laborales	06 al 17 de julio de 2020	Comité de Selección
1.	Hospital Nacional Sergio E. Bernales: www.hnseb.gob.pe Link Convocatorias CAS 2020	10 al 17 de julio de 2020	Comité de Selección
2.	POSTULACIÓN VÍA ELECTRÓNICA: Presentar los siguientes documentos en digital (PDF), al correo institucional "personal@hnseb.gob.pe": 1. Formato N° 1 Formulario de CV. 2. Formato N° 2 Declaración Jurada A,B,C.	20 de julio de 2020	Comité de Selección
SELECCIÓN			
3.	Evaluación del Currículum Vitae según Anexo 1.	21 de julio de 2020	Comité de Selección
4.	Publicación de Resultados de la evaluación curricular en la página institucional www.hnseb.gob.pe / Link Convocatorias CAS	21 de julio de 2020	Comité de Selección
5.	Entrevista Evaluación virtual mediante videollamada con el aplicativo Zoom / WhatsApp.	22 de julio de 2020 (De 10 a 13 horas)	Comité de Selección
6.	Publicación de resultados de la entrevista en la página institucional www.hnseb.gob.pe Link Convocatorias CAS	22 de julio de 2020	Comité de Selección
7.	Apelación a resultado	23 de julio de 2020	Comité de Selección
8.	Absolución a Apelación presentada	24 de julio de 2020	Comité de Selección
9.	Publicación de Resultado Final www.hnseb.gob.pe / Link Convocatoria CAS	27 de julio de 2020	Comité de Selección
SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO			
10.	Suscripción y Registro de Contrato Lugar: Oficina de Personal del Hospital Sergio E. Bernales.	Los cinco (05) primeros días hábiles después de ser publicado los resultados finales	Oficina de Personal

* La publicación de resultados se realizarán en la página web: www.hnseb.gob.pe

V. DOCUMENTOS A PRESENTAR OBLIGATORIOS

Los postulantes deben enviar la documentación virtual, los datos que consignen en los referidos formatos están sujetos a fiscalización posterior conforme a las disposiciones contenidas en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444.

5.1. De la presentación del Formato 1

La información consignada en el Formulario de Curriculum Vitae, tiene carácter de declaración jurada, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dicho documento.



Debe contener la información solicitada de acuerdo al perfil del puesto al cual va a postular, así como también el sustento documentado correspondiente (título profesional / técnico, título de especialidad, colegiatura, habilitación, cursos y programas de capacitación, constancias de trabajo y certificados de trabajo, entre otros).

5.2. De la presentación del Formato 2

Las Declaraciones Juradas A, B y C, deben estar correctamente llenadas y sin ninguna enmendaduras, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dicho documento.

5.3. Facultativos

5.3.1 Ley N° 29973 – Ley General de la Persona con Discapacidad, relativas a la bonificación del 15% para personas con discapacidad.

5.3.2 Ley N° 29248, bonificación del 10% al personal Licenciado de las Fuerzas Armadas según Resolución Presidencial N° 061-2012-SERVIR/PE.

En ambos casos los postulantes deben acreditar tales condiciones mediante documentación sustentatoria vigente. En caso que los postulantes no declaren dichas condiciones, **EL COMITÉ** no tomará en cuenta la solicitud.

El personal del Hospital Sergio E. Bernaldes que por razones de desarrollo personal y profesional postulan a un cargo de mayor importancia o igual rango, será en iguales condiciones con los postulantes externos, garantizándose el principio de mérito, capacidad, igualdad de oportunidades y profesionalismo.

VI. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO

a. Declaratoria del proceso como desierto

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

1. Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección
2. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos
3. Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtienen puntaje mínimo en las etapas de evaluación de proceso.

b. Cancelación del proceso de selección

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

1. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
2. Por restricciones presupuestales

VII. PERFIL DEL PUESTO

Los postulantes deberán cumplir con los requisitos exigidos en el perfil de puesto de la plaza convocada de acuerdo al siguiente detalle:



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional
Sergio E. Bernales

Oficina de
Personal

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para
Mujeres y Hombres”
“Año de la Universalización de la Salud”

ITEM 059:

PERFIL DE PUESTO

ENFERMERA





FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

CONVOCATORIA N° 059-2020

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Denominación:	LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA
Nombre del puesto:	LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA - ESTRATEGIA SANITARIA DE PCTB
Dependencia Jerárquica Lineal:	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Dependencia Jerárquica funcional:	SERVICIO DE ENFERMERÍA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
Puestos que supervisa:	-----

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar cuidados integrales de enfermería al usuario en el Servicio de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Hospital Sergio E. Bernales.

FUNCIONES DEL PUESTO

1	Realizar entrevista y registro del paciente afectado por tuberculosis en todas sus formas: que inicia tratamiento al cambio de fase, al final del tratamiento o cuando el paciente lo requiera.
2	Realizar sesiones educativas al paciente y familia, sobre beneficios del programa, el cumplimiento del tratamiento, eventos adversos por abandono de tratamiento, prevención de formas de contagio, medidas sanitarias.
3	Realizar el seguimiento al paciente con tuberculosis según sus resultados de controles mensuales, baciloscopia y programar para su consulta médica.
4	Reunir y coordinar con el equipo multidisciplinario, la presentación de expedientes de pacientes afectados por tuberculosis XDR para su evaluación por el CNER.
5	Capacitar al personal de salud en el manejo y cuidado de catéter de larga duración y colocación de aguja HUBER, para la continuación del tratamiento parenteral con drogas del 5to grupo C y D.
6	Realizar el cronograma mensual de evaluaciones médicas de pacientes TB XDR, de los diversos EE.SS.
7	Programar y entregar la documentación de alta del paciente XDR al personal del EE.SS. correspondiente para la continuidad de tratamiento ambulatorio.
8	Realizar la notificación inmediata del caso de TB XDR, del inicio de tratamiento y término de tratamiento.
9	Realizar el seguimiento de tratamiento completo y notificar puntualmente la evolución del mismo a través del formato de evolución trimestral (anexo 18).
10	Realizar aplicación y lectura de la prueba tuberculina (PPD) para despistaje de infección tuberculosa

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas
Servicios de Hospital Sergio E. Bernales

Coordinaciones Externas
Ninguno



FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	
<input type="checkbox"/> Doctorado	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí No

D.) ¿Requiere SERUMS?

Sí No

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

Ninguno

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.
Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Cursos de Tuberculosis, cuidado humanizado.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		X		
Excel		X		
Powerpoint		X		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés		x		
.....				
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general
 Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

02 AÑOS

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional Auxiliar o Asistente Analista / Especialista Supervisor / Coordinador Jefe de Área o Dpto Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

Experiencia mínima de dos (02) años desempeñando funciones similares al puesto, mas SERUMS.

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

** En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.*

Experiencia mínima de un (01) año desempeñando funciones similares al puesto.

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

Licenciada con experiencia en la atención y monitoreo de pacientes afectados por Tuberculosis Extremadamente Resistente (XDR)

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Adaptabilidad, análisis, atención, control, creatividad, innovación, planificación, autocontrol, comunicación verbal, cooperación y actitud



**VIII. DE LA ETAPA DE EVALUACIÓN**

Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán un máximo y un mínimo de puntos, distribuyéndose de esta manera:

EVALUACIONES		PESO	PUNTAJE MÍNIMO	PUNTAJE MÁXIMO
EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA VIRTUAL				
a.	Experiencia	20%	35	70
b.	Formación académica	20%	15	30
Puntaje Total de la Evaluación de la Hoja de Vida		40%	50	100
ENTREVISTA PERSONAL VIRTUAL				
a.	Evaluación de Competencias	30%	20	40
b.	Evaluación Cognoscitiva	20%	20	40
c.	Evaluación Psicotécnica	10%	10	20
Puntaje Total de la Entrevista Personal		60%	50	100
PUNTAJE TOTAL		100%	100	100

- El puntaje aprobatorio mínimo será de 70 puntos

IX. BASES GENERALES PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN**1. DE LA EVALUACIÓN CURRICULAR**

Tampoco serán considerados para la siguiente fase los postulantes que no precisen experiencia laboral y/o profesional, nombre de la entidad, cargo, tiempo (años y meses) y funciones relacionadas con el objeto de la convocatoria.

2. PROCESO DE ENTREVISTA PERSONAL

Aquellos postulantes que hayan superado la etapa de Evaluación Curricular accederán a la entrevista personal virtual, ya sea por medio Zoom o Wassat, en la entrevista se evaluará los siguientes puntos: Evaluación de Competencias de habilidades cognoscitiva, habilidades psicotécnicas y opcionalmente las psicológicas.

3. RESULTADOS DEL PROCESO

Los resultados serán publicados en el Portal Institucional (www.hnseb.gob.pe), ítem "Convocatorias" Una vez firmada el Acta se culminará el proceso, entregándose la documentación completa del expediente de contratación a la Oficina de Personal a fin de proceder con la suscripción y el registro del contrato, dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes de publicado los resultados.

NOTA: *** Los postulantes antes de proceder a participar en el proceso deben tomar conocimiento del contenido del proceso y sus etapas, anexos debiendo acceder a la ruta siguiente: www.hnseb.gob.pe.





FORMATO 1

FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE

N° DE CONVOCATORIA:

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar

día/mes/año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC N° :

N° BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:

Avenida/Calle

N°

Departamento

CIUDAD

DISTRITO

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL (SI APLICA)

REGISTRO N°:

HABILITACIÓN: SI

NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA): SI

NO

N° RESOLUCIÓN SERUMS

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado el SERUMS

II. PERSONA CON DISCAPACIDAD

El/la postulante es discapacitado:

SI

N° REGISTRO

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el cual se acredite su condición.





III. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

El/la postulante es licenciado de las fuerzas armadas:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

IV. FORMACIÓN ACADÉMICA

(En el caso de Doctorado, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que están involucrados con el servicio al cual se postula).

Título (1)	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título (2) (mes/año)
Doctorado					
Maestría					
Título					
Bachillerato					
Estudios Técnicos					
Secundaria					

Nota:

() Dejar en blanco aquellos que no apliquen.

() Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO)

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad / País	Estudios realizados desde / hasta mes/año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Informática					
Informática					
Idiomas					
Idiomas					

ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:

Marcar con un aspa donde corresponda:

Idioma 1:

Idioma 2:

Muy Bien Bien Regular

Muy Bien Bien Regular

Habla
Lee
Escribe

Habla
Lee
Escribe



V. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

N° (1)	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otro () _____					
2					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otro () _____					
3					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otro () _____					
4					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otro () _____					
5					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (), Privada (), ONG (), Organismo Internacional (), Otro () _____					

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario

VI. REFERENCIAS PERSONALES

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando.

N°	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de la persona	Teléfono actual
1.				
2.				
3.				
4.				

Comas, _____ de _____ de 2020

Firma
DNI N°



FORMATO 02

DECLARACIÓN JURADA A

Yo,..... (Nombres y Apellidos); identificado (a) con DNI N°.....; con domicilio en; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N°; cuya denominación es; convocado por el Hospital Sergio E. Bernales, a fin de participar en el proceso de selección descrito.

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

- No registrar Antecedentes Penales¹, Policiales ni Judiciales.
- Gozar de Buena Salud Física y Mental.
- Estar en ejercicio y en pleno Goce de mis Derechos Civiles.
- No tener condena por delito doloso².
- No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD).
- No estar inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM).
- No estar inscrito en la relación de proveedores sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con sanción vigente.
- No tener condena por terrorismo, apología del Delito de Terrorismo y otros delitos señalados en la Ley N° 30794.
- No tener impedimento, incompatibilidad o estar incurso en alguna prohibición o restricción para ser postor o contratista y/o postular, acceder o ejercer el servicio, función o cargo convocado por el HNSEB.
- 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
- Cumplir con todos los requisitos señalados en el perfil de la presente convocatoria.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de del díadel mes de del año 2020

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar

¹ Ley N° 29607, de fecha 22 de octubre de 2010

² Sentencia firme.



FORMATO 02

DECLARACIÓN JURADA B

Yo,, identificado(a) con DNI N° y con domicilio en

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No tener conocimiento que en el Hospital Sergio E. Bernales se encuentran laborando mis parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia 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 N° 26771, modificado por Ley N° 30294 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias Decreto Supremo N° 017-2002-PCM y Decreto Supremo N° 034-2005-PCM. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure **ACTO DE NEPOTISMO**, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

Asimismo, declaro que:

- NO () tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en el HNSEB.
- SI () tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en el HNSEB, cuyos datos señalo a continuación:

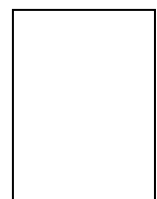
Grado o relación de parentesco o vínculo conyugal	Área de Trabajo	Apellidos	Nombres

Ciudad de del díadel mes de del año 2020.

Firma:.....

DNI:.....

Impresión Dactilar





FORMATO 02

DECLARACIÓN JURADA C

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

(Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales)

Yo, _____ identificado/a con DNI _____, participante del CAS N° _____ - 2020, autorizo al Hospital Sergio E. Bernales - HSEB o a una entidad tercera contratada por dicha entidad, a validar información de mis datos personales en fuentes accesibles públicas y/o privadas.

Asimismo brindo referencias laborales de mis últimos trabajos, verificando que los teléfonos se encuentran actualizados:

	REFERENCIA 1	REFERENCIA 2	REFERENCIA 3	REFERENCIA 4
EMPRESA / ENTIDAD				
DIRECCIÓN				
CARGO / PUESTO DEL POSTULANTE				
NOMBRE / CARGO DEL JEFE INMEDIATO				
TELÉFONOS				
CORREO ELECTRÓNICO				

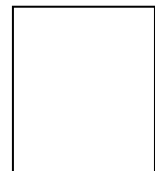


En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, concordante con el artículo 32º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Ciudad de del díadel mes de del año 2020.

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional
Sergio E. Bernales

Oficina de
Personal

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para
Mujeres y Hombres”
“Año de la Universalización de la Salud”

Señores:

COMISIÓN DE CONVOCATORIA CAS N° 059-2020-HNSEB

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

DNI N° : _____

Datos del cargo y nivel al que postula:

CARGO: _____

ÓRGANO: _____ **UNIDAD ORGÁNICA:** _____

SERVICIO DE: _____

Comas, _____ de _____ de 2020



ANEXO N° 01

CONFORMIDAD DE BASES

CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS	
N° PROCESO	OBJETO DE LA CONVOCATORIA
CAS N° 059-2020-HNSEB	“CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UNA (01) ENFERMERA PARA EL SERVICIO DE ENFERMERÍA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA”
CONFORMIDAD	
FECHA	
FIRMA	

Bases elaboradas por el Comité CAS
 R.D.N° 047-2020-SA-DG-OP/HNSEB

