



Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud

UE. Red de Salud San Francisco



# CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE CAS EXCEPCIONAL PARA REDUCCION DE COVID-19

## RED DE SALUD SAN FRANCISCO

### 1. OBJETIVO

Contratar Personal Asistencial y Administrativo en la modalidad de CAS EXCEPCIONAL para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus COVID-19 en la Red de Salud San Francisco, contratos que concluirán automáticamente una vez culminada la Emergencia Sanitaria dada por el Gobierno (D.S. N° 008-2020-SA y D.D. N° 010-2020-SA)

2. **DEPENDENCIA:** Red de Salud San Francisco.

3. **BASE LEGAL:** Decreto de Urgencia N° 029-2020, que establecen medidas extraordinarias en materia de contratos del Sector Publico.

### 4. LOS POSTULANTES:

Podrán participar todo los profesionales de la salud, técnicos asistenciales y administrativos que reúnan el perfil del puesto requerido, denominación del cargo, funciones a ejecutar, formación académica, experiencia profesional general y específica del puesto.

Todo profesional de la salud a contratar deberá contar con SERUMS, colegiatura y habilitación vigente hasta julio del presente año.

El postulante debe tener la disponibilidad para laborar.

### 5. CONVOCATORIA

La convocatoria se realizara a través del portal Institucional de la Red de Salud San Francisco.

Los postulantes deberán de remitir su curriculum vitae en formato digital (PDF) al siguiente medios digitales:

- Correo Institucional: [www.rissanfrancisco.gob.pe](http://www.rissanfrancisco.gob.pe)
- WhatsApp: 944 232 601 o 966 006 268.

### 6. CRONOGRAMA

ETAPAS DEL PROCESO	FECHA
Publicación del concurso	28-04-2020



PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección Regional  
de SaludUE. Red de Salud  
San Francisco

Difusión de la Convocatoria y Cronograma de concurso en el portal de la institución.	28-04-2020 al 29-04-2020
Presentación de Curriculum Vitae en digital (PDF) al correo Institucional	30-04-2020 (hasta las 5:00 pm)
<b>SELECCIÓN</b>	
Evaluación Curricular	30-04-2020
Publicación de Resultados Finales	30-04-2020 Horas 20:00 horas
Asignación de Vacantes	

### RESUMEN DE PLAZAS A CONVOCAR CAS EXCEPCIONAL 2020 COVID-19

Nº	PROFESION	CANTIDAD DE PEAS	REMUNERACION MENSUAL
01	MEDICO GENERAL	01	8,000.00
02	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01	4,000.00
03	BIOLOGO	01	4,000.00
04	TECNICO EN ENFERMERIA	01	2,000.00
05	CHOFER	01	2,000.00

NOTA: El personal que resulte ganador ingresara por orden de puntaje y de acuerdo a la demanda de pacientes COVID-19.

#### I. MEDICO CIRUJANO GENERAL

REQUISITOS	DETALLE
<b>Formación académica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Título Profesional de MEDICO CIRUJANO</b></li> <li>○ Colegiatura y habilitación vigente</li> <li>○ SERUMS concluido - (Resolución de Terminó de SERUMS)</li> </ul>
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conocimiento en el manejo de computación (Excel, power point y word).</li> <li>○ Cursos de Epidemiología o Vigilancia Epidemiológica.</li> </ul>
<b>Experiencia Laboral</b>	<p><b>EXPERIENCIA GENERAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia en el ejercicio de la profesión en el Sector Salud por un periodo no menor a 01 año. (se considera como experiencia profesional SERUMS).</li> </ul> <p><b>EXPERIENCIA ESPECIFICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en actividades epidemiológicas.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en actividades asistenciales.</li> <li>○ Experiencias en toma de muestras, diagnostico de laboratorio.</li> <li>○ Experiencia en promoción de la salud, enfocada en trabajo comunitario.</li> </ul>
<b>Habilidades o Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pro actividad</li> <li>○ Trabajo en Equipo.</li> <li>○ Trabajo a presión.</li> <li>○ Creatividad/innovación</li> <li>○ Organización</li> <li>○ Planificación</li> <li>○ Comunicación verbal</li> <li>○ Cooperación.</li> <li>○ Cumplimiento de metas.</li> </ul>
<b>Motivo de Contrato</b>	CONTRATO POR CAS – ATENCION COVID-19

## II. LICENCIADO EN ENFERMERIA

REQUISITOS	DETALLE
<b>Formación académica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Título profesional de licenciado en enfermería</b></li> <li>○ SERUMS concluido - (Resolución de Termino de SERUMS)</li> <li>○ Colegiatura y habilitación vigente.</li> </ul>
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conocimiento en el manejo de computación (Excel, power point y word).</li> <li>○ Conocimiento en salud comunitario.</li> <li>○ Cursos de Epidemiología o Vigilancia Epidemiológica.</li> </ul>
<b>Experiencia Laboral</b>	<p><b>EXPERIENCIA GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia en el ejercicio de la profesión en el Sector Salud por un periodo no menor a 01 años. (se considera como experiencia profesional SERUMS).</li> </ul> <p><b>EXPERIENCIA ESPECIFICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en actividades epidemiológicas.</li> <li>○ Experiencia Laboral en actividades asistenciales.</li> <li>○ Experiencia en promoción de la salud, enfocada en trabajo comunitario.</li> </ul>
<b>Habilidades o Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pro actividad</li> <li>○ Trabajo en Equipo.</li> <li>○ Trabajo a presión.</li> <li>○ Creatividad/innovación</li> <li>○ Organización</li> <li>○ Planificación</li> <li>○ Comunicación verbal</li> <li>○ Cooperación.</li> <li>○ Cumplimiento de metas.</li> </ul>



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud

UE. Red de Salud San Francisco



Motivo de Contrato

CONTRATO POR CAS – ATENCION COVID-19.

### III. BIOLOGO

REQUISITOS	DETALLE
<b>Formación académica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Título profesional de licenciado en enfermería</b></li> <li>○ SERUMS concluido - (Resolución de Terminación de SERUMS)</li> <li>○ Colegiatura y habilitación vigente.</li> </ul>
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conocimiento en el manejo de computación (Excel, power point y word).</li> <li>○ Laboratorio Clínico</li> <li>○ Cursos de Epidemiología o Vigilancia Epidemiológica.</li> <li>○ Curso en bioseguridad.</li> </ul>
<b>Experiencia Laboral</b>	<p><b>EXPERIENCIA GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia en el ejercicio de la profesión en el Sector Salud por un periodo no menor a 01 años. (se considera como experiencia profesional SERUMS).</li> </ul> <p><b>EXPERIENCIA ESPECIFICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en actividades epidemiológicas</li> <li>○ Experiencia Laboral en toma de muestras de laboratorio.</li> </ul>
<b>Habilidades o Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pro actividad</li> <li>○ Trabajo en Equipo.</li> <li>○ Trabajo a presión.</li> <li>○ Creatividad/innovación</li> <li>○ Organización</li> <li>○ Planificación</li> <li>○ Comunicación verbal</li> <li>○ Cooperación.</li> <li>○ Cumplimiento de metas.</li> </ul>
<b>Motivo de Contrato</b>	CONTRATO POR CAS – ATENCION COVID-19.

### IV. TECNICO EN ENFERMERIA

REQUISITOS	DETALLE
<b>Formación académica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Título de Profesional Técnico en Enfermería</b></li> </ul>
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conocimiento en el manejo de computación (Excel, power point y word).</li> <li>○ Cursos de Epidemiología</li> </ul>
<b>Experiencia Laboral</b>	<b>EXPERIENCIA GENERAL</b>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia en el ejercicio de la profesión en el Sector Salud por un periodo no menor a 6 meses.</li> </ul> <p><b>EXPERIENCIA ESPECIFICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en actividades epidemiológicas.</li> <li>○ Experiencia Laboral en actividades asistenciales.</li> </ul>
<b>Habilidades o Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pro actividad</li> <li>○ Trabajo en Equipo.</li> <li>○ Trabajo a presión.</li> <li>○ Creatividad/innovación</li> <li>○ Organización</li> <li>○ Planificación</li> <li>○ Comunicación verbal</li> <li>○ Cooperación.</li> <li>○ Cumplimiento de metas</li> </ul>
<b>Motivo de Contrato</b>	CONTRATO POR CAS – ATENCION COVID-19.

**V. CHOFER**

REQUISITOS	DETALLE
<b>Formación académica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Licencia de conducir Categoría A-2B.</li> </ul>
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conocimiento en el manejo de computación (Excel, power point y word).</li> </ul>
<b>Experiencia Laboral</b>	<p><b>EXPERIENCIA GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia en el ejercicio de la las funciones en el Sector Salud por un periodo no menor a 6 meses.</li> </ul> <p><b>EXPERIENCIA ESPECIFICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en actividades de manejo de ambulancia o en aquellas cuya actividad estén relacionadas con la actividad prestadora.</li> </ul>
<b>Habilidades o Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pro actividad</li> <li>○ Trabajo en Equipo.</li> <li>○ Trabajo a presión.</li> <li>○ Creatividad/innovación</li> <li>○ Organización</li> <li>○ Planificación</li> <li>○ Comunicación verbal</li> <li>○ Cooperación.</li> <li>○ Cumplimiento de metas</li> </ul>
<b>Motivo de Contrato</b>	CONTRATO POR CAS – ATENCION COVID-19.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección Regional  
de Salud

UE. Red de Salud  
San Francisco



## Anexo 1

**Ficha única de Datos para la Contratación de Personal dispuesto en  
el Decreto de Urgencia N° 029-2020**

**Adjunto hoja Excel.**



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



ANEXO 1

Ficha Unica de Datos para la Contratacion de Personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020

<b>Ficha Unica de Datos</b>	foto Actualizada
-----------------------------	------------------

La Oficina de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba informacion detallada del servidor, la misma que permitira conocer su desarrollo academico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene caracter de Declaracion Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presuncion de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del articulo IV y en el articulo 51 del Texto Unico Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

**DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres:		RUC N°	
DNI N°	/ /	Distrito, Provincia-Departamento	
Fecha de Nacimiento	/ /	Telefono Movil	
Telefono Fijo		Grupo Sanguineo	
Correo Electronico Personal			
Enfermedades y Alergias			
En caso de Emergencia contactar a:			
Parentesco		Telefono de contacto de Emergencia	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente		
Discapacidad	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Tipo de Discapacidad	<input type="checkbox"/> Fisicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales		

**DOMICILIO**

Tipo de Via (marcar con "X")			
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Jiron <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecon <input type="checkbox"/> Ovalo <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Trocha <input type="checkbox"/> Otros: Especificar:			
Nombre de la Via:		Numero:	
		Interior:	
Tipo de Zona (marcar con "X")			
<input type="checkbox"/> Urbanizacion <input type="checkbox"/> Pueblo Joven <input type="checkbox"/> Unidad Vecinal <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Zona Industrial <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Caserio <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Otros especificar:			
Nombre de la Zona:		Numero:	
		Interior:	
Ubicación Geografica:	Departamento:	Provincia:	
		Distrito:	
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institucion cercana)			

**DATOS FAMILIARES**

Apellidos y Nombres:	Fecha de Nacimiento	Numero de DNI	Parentesco	Institucion/Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

**DATOS PROFESIONALES Y ACADEMICOS**

Profesion		Lugar de Colegiatura	
Fecha de Colegiatura		N° de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado			

**Estudios Superiores (Universitario - Tecnico)**

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

**Estudios Postgrado (Maestria - Doctorado)**

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Especialización - Diplomados			
Centro de Estudios	Materia	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/ / -	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Cursos - Seminarios			
Centro de Estudios	Materia	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

\* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Basico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado

**DATOS LABORALES**

Experiencia Laboral			
Institucion / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Termino
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

Labores de Docencia			
Centro de Enseñanzas	Curso Dictado	Inicio	Termino
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

**DECLARACION JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES**

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- SI  No REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
- SI  No REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
- SI  No REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
- SI  No TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)
- SI  No ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAMI)
- SI  No ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRACTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso correspondía)
- SI  No ESTAR INSCRITO EN LA RELACION DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCION VIGENTE
- 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 ARTICULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCION PUBLICA Y CONTRATACION DEL ESTADO
- SI  No TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGIA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794
- SI  No TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICION O RESTRICCION PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCION O CARGO CONVOCADO POR EL MIVC.
- SI  No SER CONYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTICULO 11 DEL TEXTO UNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO
- SI  No PERCIBIR SIMULTANEAMENTE REMUNERACION, PENSION U HONORARIOS POR CONCEPTO DE SERVICIOS ASESORIAS O CONSULTORIAS O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCION O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCION DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCION DE DIETAS POR PARTICIPACION EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ORGANOS COLEGIADOS

LA PRESENTE FICHA DEBERA SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Fecha	/ /	Firma:	
	Día Mes Año		