



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
"Dos de Mayo"

**"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN  
NACIONAL"**

**BASES PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN  
CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS  
(CAS)**

**N° 011-2018-HNDM.**



## BASES PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS N° 011- 2018-HNDM

### 1. ENTIDAD CONVOCANTE:

Hospital Nacional "Dos de Mayo" - Ministerio de Salud.

### 2. OBJETO DE LA PRESENTE CONTRATACION:

Contratar a dos (02) Lic. en Enfermería para el Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos - UCI (Cardiovascular) del Departamento de Enfermería, bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, regulado por el Decreto Legislativo N° 1057.

### 3. BASE LEGAL:

- Ley N° 23330 – Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.
- Ley N° 26771 – Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en caso de parentesco y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 021 -2000-PCM.
- Ley N° 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 DS. N° 019-2002-PCM.
- Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública y Normas Complementarias.
- Ley N° 28411 - Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley N° 29849 - Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057 y otorga derechos laborales.
- Ley N° 30057 - Ley del Servicio Civil.
- Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444-Ley de Procedimiento Administrativo General
- Decreto Legislativo N° 1023, que crea la Autoridad Nacional de Servicio Civil SERVIR, rectora del sistema administrativo de gestión de recursos humanos.
- Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- Decreto Legislativo N° 1161 – Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 005-97-SA - Reglamento de la Ley N° 23330.
- Decreto Supremo N° 007-2008-SA - Aprueban modificaciones al Reglamento del SERUMS.
- Decreto Supremo N° 075-2008-PCM – Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057.
- Decreto Supremo N° 065-2011-PCM, que establece modificaciones al Reglamento del Régimen de Contratación Administrativa de Servicios.
- Decreto Supremo N° 034-2005-PCM, modifica el reglamento de la Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público, en casos de parentesco.
- Resolución de Presidencia N° 107-2011-SERVIR-PE.
- Resolución de Presidencia N° 108-2011-SERVIR-PE.
- Resolución de Presidencia N° 313-2017-SERVIR-PE, a prueba la Guía Metodológica para el Diseño de Perfiles de Puestos para Entidades Públicas.



- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 330-2017-SERVIR-PE, modificación del Art. 4 Proceso de Selección.
- Resolución Ministerial N° 076-2017/MINSA – aprueba la Directiva Administrativa N° 228-MINSA/2017/OGRH: "Directiva Administrativa para la Contratación de Personal bajo los alcances del Decreto Legislativo N° 1057 en el Ministerio de Salud"
- Directiva N° 001-2013 SERVIR/GDSRH, Normas para la Formulación de Perfiles de Puestos – MPP, aprobada mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 161-2013-SERVIR/PE.
- Las demás disposiciones que resulten aplicables al Contrato Administrativo de Servicios (CAS).

#### 4.- CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO:

ETAPAS DEL PROCESO	FECHA DE DESARROLLO DEL PROCESO	ÁREA RESPONSABLE
<b><u>ETAPAS DEL PROCESO</u></b>		
Publicación del proceso en el Servicio Nacional del Empleo – MTPE.	01 de octubre del 2018 al 15 de octubre del 2018	Comisión de Selección
<b><u>CONVOCATORIA</u></b>		
Publicación de la convocatoria en la Página Institucional, <a href="http://www.hdosdemayo.gob.pe">www.hdosdemayo.gob.pe</a>	16 de octubre de 2018 al 22 de octubre del 2018	Comisión de Selección / Of. Estadística e Informática
<b><u>SELECCIÓN</u></b>		
Recepción de Formulario de Curriculum Vitae según Anexo N° 01, documentado y debidamente foliado en sobre cerrado.	23 y 24 de octubre del 2018	LUGAR: Oficina de Personal del Hospital Nacional "Dos de Mayo"  HORARIO: De 09:00 a.m. a 03:00 p.m.
Evaluación del Formulario de Curriculum Vitae - Hoja de vida.	25, 26, 29 y 30 de octubre del 2018	Comisión de Selección
Publicación de resultados de la evaluación del Curriculum Vitae – Hoja de vida en la página Institucional <a href="http://www.hdosdemayo.gob.pe">www.hdosdemayo.gob.pe</a> y mural de la Oficina de Personal A partir de las 02:00 pm.	31 de octubre del 2018	Comisión de Selección / Of. Estadística e Informática
Entrevista:  Lugar: Auditorio de Capacitación del Hospital Nacional "Dos de Mayo"	05, 06 y 07 de noviembre del 2018	Comisión de Selección
Publicación de resultado final en Página Institucional <a href="http://www.hdosdemayo.gob.pe">www.hdosdemayo.gob.pe</a> y Mural de la Oficina de Personal a partir de las 06:00 p. m.	08 de noviembre del 2018	Comisión de Selección / Of. Estadística e Informática.
<b><u>SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO</u></b>		
Suscripción y registro del contrato Lugar: Oficina de Personal Hospital Nacional "Dos de Mayo"	A Partir del 09 de noviembre del 2018	Oficina de Personal



A partir de las 09:00 hasta las 15:00 horas.		
----------------------------------------------	--	--

## 5. PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN Y SELECCIÓN

### 5.1 Dependencia encargada de realizar el proceso de selección.

EL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO".

#### 5.1.1 De los representantes:

Los miembros del Comité de Selección estarán conformados por:

Jefe de Personal o Profesional de la Oficina de Personal del HNMD, quien lo presidirá, y un suplente.

Un Servidor o Representante de la Oficina de Personal, quien actuará como primer miembro, y un suplente.

Un representante del área usuaria (Jefe del Departamento y/o Oficina), quien actuará como segundo miembro y un suplente.

#### 5.1.2 El presente proceso de selección consta de 2 etapas:

1ra Etapa: **EVALUACIÓN CURRICULAR** (Anexo N° 1)

2da Etapa: **ENTREVISTA PERSONAL**.

## 6. DE LA EVALUACION CURRICULAR Y ENTREVISTA DEL PROCESO DE SELECCION:

Las etapas son de carácter eliminatorio. No existe prórroga en los plazos para los postulantes. Los formatos de presentación para las diferentes etapas, pueden ser descargados del portal institucional [www.hdosdemayo.gob.pe](http://www.hdosdemayo.gob.pe).

### A: PRIMERA ETAPA: EVALUACIÓN CURRICULAR:

#### ▪ PRESENTACION DE LA HOJA DE VIDA Y DE LAS DECLARACIONES JURADAS:

Los postulantes entregarán los siguientes documentos:

- ✓ Hoja de Vida "**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE (Anexo N° 01)**", la cual consta de 5 páginas y las fotocopias simples de los documentos que sustenten el cumplimiento del perfil del puesto para el cual postula, los cuales deben de estar ordenadas cronológicamente y foliadas de atrás hacia adelante.
- ✓ Carta de Presentación del Postulante (Formato N° 01)  
\*Copia simple de su DNI
- ✓ Declaración Jurada y Formatos debidamente llenados y firmados como:
  - Declaración Jurada según **Anexo N° 02**
  - Formatos **1-A, 1-B, 1-C y 1D**.

**Estos documentos deberán ser entregada dentro de un sobre manila (tamaño A4), el cual debe de estar cerrado con el siguiente rotulo:**

**Señores****Comité de Selección del Concurso CAS N° 011 -2018-HNDM.**N° de Convocatoria al que  
postula \_\_\_\_\_

Descripción del puesto \_\_\_\_\_

Postulante (Apellidos y Nombres) \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

**El sobre cerrado se presentará en la Oficina de Personal del Hospital Nacional "Dos de Mayo", según el día y hora indicada en el cronograma del proceso de selección.**

\*Esta etapa TIENE CARÁCTER ELIMINATORIO Y TIENE PUNTAJE.

\*Sólo se aceptará la postulación a un puesto vacante. Será descalificado de toda postulación, el postulante que se inscriba a más de un puesto.

**▪ DE LA EVALUACION DE LA HOJA DE VIDA**

("FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE (Anexo N° 01)"):

Los factores de evaluación dentro de esta etapa tendrán un máximo y mínimo de puntos distribuidos de la siguiente manera:

EVALUACIONES		PESO	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
EVALUACION DE LA HOJA DE VIDA:				
a.	EXPERIENCIA	20%	35	70
b.	FORMACION ACADEMICA	20%	15	30
<b>PUNTAJE TOTAL DE LA HOJA DE VIDA</b>		<b>40%</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

\*En esta etapa, se evaluará los documentos presentados por el postulante en relación al cumplimiento del Perfil del Puesto y/o requerimientos mínimos del puesto, se obtendrá un puntaje de acuerdo a los factores antes señalados.

\*Esta etapa TIENE PUNTAJE y TIENE CARÁCTER ELIMINATORIO.

**✓ CONSIDERACIONES:**

\*El postulante que no presente su Hoja de vida en la fecha establecida y/o no sustente con documentos el cumplimiento de los requisitos mínimos señalados en el perfil del puesto, así como los indicados en el ("FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE (Anexo N° 01)"), será DESCALIFICADO.



\*El postulante debe presentar la hoja de vida documentada, Declaraciones Juradas debidamente firmadas y demás documentos solicitados, de lo contrario quedara DESCALIFICADO del proceso de selección.

\*En el caso que el postulante presente documentación más de una vez, el Comité de Selección solo evaluará la primera presentación.

\*En caso de ser **Licenciado de las Fuerzas Armadas**, adjuntar Diploma de Licenciado.

\*En caso de ser persona con discapacidad, se adjuntará el certificado de discapacidad emitido por la **CONADIS**.

\***Para los Profesionales de las Ciencias de la Salud, es requisito presentar la Resolución que acredite haber cumplido con realizar el SERUMS. El postulante que no acredite el SERUMS, será descalificado.**

\*Los **profesionales de la salud especialistas**, deberán **acreditar la ESPECIALIDAD OBTENIDA**, mediante el título respectivo, o constancia de egresado expedido por la universidad.

\*Todos los profesionales deberán presentar el **CERTIFICADO VIGENTE DE HABILIDAD** para el ejercicio de la profesión, cuando lo requiera el perfil del puesto.

\*El postulante que no acredite estar habilitado para el ejercicio de la profesión, será descalificado.

\*Para acreditar los conocimientos del Idioma Ingles y ofimática, se hará mediante certificados o constancias de estudios emitidas por Institutos o universidades.

\*La **EXPERIENCIA LABORAL** se acredita con **contratos, constancias o certificados de trabajo o emitidos por la Oficina de Personal u Oficina de Logística o Dirección Administrativa o la que haga sus veces**, de la entidad en la que prestó servicios.

## **B. SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTA PERSONAL:**

\*Esta etapa TIENE PUNTAJE y TIENE CARÁCTER ELIMINATORIO.

\*La no presentación a la entrevista personal descalificará al postúlate del proceso de convocatoria.

\*La Entrevista Personal será realizada por los miembros de la Comisión de Selección, quienes evaluarán conocimientos, desenvolvimiento, actitud, cualidades y competencias del postulante, requeridos para el servicio al cual postula.

Los factores de evaluación dentro de esta etapa tendrán un máximo y mínimo de puntos distribuidos de la siguiente manera:

EVALUACIONES		PESO	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
<b>ENTREVISTA PERSONAL</b>				
a.	<b>Evaluación de Habilidades</b>	30%	20	40
b.	<b>Evaluación cognoscitivas</b>	20%	20	40
c.	<b>Evaluación Psicotécnica</b>	10%	10	20
<b>PUNTAJE TOTAL DE LA ENTREVISTA PERSONAL</b>		<b>60%</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## 7. FACULTATIVOS:

### 7.1. DE LAS BONIFICACIONES:

#### **\*AL PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:**

Se otorgará una bonificación del **diez por ciento (10%)** sobre el puntaje obtenido en la Etapa de Entrevista, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4° de la Resolución de la **Presidencia Ejecutiva N° 61-2012-SERVIR/PE**, siempre que el postulante lo haya indicado en su Ficha curricular o Carta de Presentación, y haya adjuntado a su hoja de vida, copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.

#### **\*A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:**

Se otorgará una bonificación por discapacidad, equivalente al **quince por ciento (15%)** sobre el Puntaje Total, al postulante que lo haya indicado en su Ficha Curricular o Carta de Presentación y que acredite dicha condición. Para ello deberá adjuntar, obligatoriamente, copia simple del carné de discapacidad emitido por el **CONADIS**.

## 8. RESULTADOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y PUNTAJE FINAL:

Para ser declarado como ganador se tomará en cuenta los siguientes criterios:

\*El postulante que obtenga el puntaje acumulado más alto, para el puesto al cual postuló, siempre que alcance como mínimo el acumulado de 80 puntos, será considerado como **GANADOR** de la Convocatoria CAS.

\*En caso de que se produzca un empate entre dos o más postulantes, se procederá a efectuar un sorteo para elegir al ganador. El sorteo se realizará con la presencia de los miembros del Comité, del representante del área usuaria y los postulantes empatados.

\*No se devolverá la documentación entregada por los postulantes calificados, por formar parte del expediente del presente proceso de selección.

\*Cualquier controversia o interpretación de las bases que se susciten o se requieran durante el proceso de selección, será resuelta por el Comité de Selección.

**\*DE LA SUMATORIA DE LA PRIMERA ETAPA Y SEGUNDA ETAPA:**

EVALUACIONES		PESO	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
<b>EVALUACION DE LA HOJA DE VIDA:</b>				
a.	<b>EXPERIENCIA</b>	20%	35	70
b.	<b>FORMACION ACADEMICA</b>	20%	15	30
<b>PUNTAJE TOTAL DE LA HOJA DE VIDA</b>		<b>40%</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>ENTREVISTA PERSONAL</b>				
a.	<b>Evaluación de Habilidades</b>	30%	20	40
b.	<b>Evaluación cognoscitivas</b>	20%	20	40
c.	<b>Evaluación Psicotécnica</b>	10%	10	20
<b>PUNTAJE TOTAL DE LA ENTREVISTA PERSONAL</b>		<b>60%</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*El puntaje aprobatorio será de 80 puntos.*

**9. SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO:**

Las personas que resulten ganadoras del proceso de selección, y que a la fecha de publicación de los resultados finales mantengan vínculo laboral con el Estado, deberán presentar:

- Carta de renuncia en la que soliciten al Área de Recursos Humanos, de la institución en que actualmente labora, dar de baja a su registro en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público – AIRHSP y en el Registro Nacional del Personal de la Salud - INFORHUS.
- Certificados de antecedentes penales y policiales.
- Certificado de Salud Física y Mental (psiquiátrico), expedido por una entidad pública del sector salud.
- Habilitación para el ejercicio profesional, vigente (solo en el caso que la constancia presentada durante el proceso, ya hubiese caducado).
- Registro Único del Contribuyente (RUC).
- Partida de nacimiento.
- Partida de matrimonio, de ser el caso.
- Partida de nacimiento de los hijos, de ser el caso.
- Una fotografía tamaño carné.

El contrato que se suscriba como resultado de la presente convocatoria, tendrá vigencia de hasta **tres (03) meses**, renovable, de acuerdo a las necesidades de la institución.

Asimismo, para la suscripción y registro del contrato administrativo de servicios, el postulante deberá presentar obligatoriamente ante a la Oficina de Personal, los documentos originales que sustentaron la **HOJA DE VIDA**; tales como certificados de estudios, constancias o certificados de trabajo, a efectos de realizar la verificación y autenticado respectivo. La autenticación se realizara en la Oficina de Personal, de acuerdo en las fechas establecidas en el cronograma.



De no presentar el **GANADOR** la información y documentación requerida, durante los 5 días hábiles posteriores a la publicación de resultados, Perderá su derecho a suscribir el contrato. En tal caso se llamará al candidato "**ACCESITARIO**", de acuerdo con el orden de prelación en el cuadro de méritos.

El "**ACCESITARIO**" - es el postulante que teniendo una nota aprobatoria no adjudico una plaza, queda como "ACCESITARIO"; en el caso de que el ganador de una plaza no firme contrato o no tome posesión de cargo, de acuerdo a los plazos de ley, el "**ACCESITARIO**" accede al cargo correspondiente.

#### 10. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO:

\*Cuando el postulante no presente la Carta de renuncia en la que solicite al Área de Recursos Humanos, de la institución que actualmente labora, dar de baja a su registro en el módulo de Gestión de Recursos Humanos del MEF.

\*Cuando durante la prestación del servicio, se detecte a través del aplicativo antes mencionado, que tiene vínculo vigente con otra entidad del Estado.

\*Cuando se verifique, durante la prestación del servicio, documentación fraudulenta presentada en la hoja de vida para su participación en el proceso.

#### 11. 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:

- Cuando no se presenten postulantes al proceso de selección.
- Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos o no cumplen con presentar los documentos obligatorios.
- Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las etapas de evaluación del 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:
- Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- Por restricciones presupuestales.
- Otras debidamente justificadas.

#### 12. CARGOS PARA CONTRATO

Nº DE CONVOCATORIA	ORGANO / UNIDAD ORGANICA	SERVICIO / EQUIPO	CARGO	(*) IMPORTE MENSUAL (S/.)	Nº DE PEAS
011	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	SERV. DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS - UCI (CARDIOVASCULAR)	ENFERMERA(O)	2,750.00	2

(\*) Incluye los montos de afiliación de Ley, así como toda deducción aplicable al trabajador

**PERFIL DE LOS PUESTOS SEGÚN RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA N° 313-2017-SERVIR-PE, A PRUEBA LA GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO DE PERFILES DE PUESTOS PARA ENTIDADES PÚBLICAS. .**

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano	Departamento de Enfermería
Unidad orgánica:	Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos - UCI (Cardiovascular).
Puesto estructural:	No aplica
Nombre del puesto:	Enfermera/o
Dependencia jerárquica lineal:	Jefa/e del Departamento de Enfermería
Dependencia funcional:	Jefe/a del Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos.
Puestos a su cargo:	No aplica

## MISIÓN DEL PUESTO

Ejecutar y garantizar las acciones para el cuidado integral de los pacientes adulto, que llevan estado crítico y que han sufrido un mal súbito con o sin riesgo inminente de muerte.

## FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) a los pacientes, con calidad y calidez, aplicando los procesos y protocolos de atención, para reducir los riesgos y/o complicaciones.
- 2 Evaluar, monitorizar y registrar en los formatos correspondientes, los signos vitales, estado de conciencia, balance hídrico y otras funciones del paciente, para su adecuada recuperación.
- 3 Dispensar cuidados paliativos al paciente hospitalizado, para que mejore su calidad de vida.
- 4 Actualizar el kárdex, controlar y realizar las anotaciones, reportes y evoluciones de enfermería, en la historia clínica del paciente, para una adecuada atención.
- 5 Coordinar, ejecutar y brindar cuidados de enfermería integral y especializada a los pacientes hospitalizados en UCI cardiovascular, para contribuir a la calidad de atención que brinda el hospital.
- 6 Cumplir y vigilar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias.
- 7 Coordinar la entrega de los insumos y equipos biomédicos del servicio, en cada turno, para un adecuado procedimiento.
- 8 Participar de la actualización de los documentos de gestión hospitalaria (guías de procedimiento y guías de intervención de enfermería), para la atención estándar a las y los pacientes.
- 9 Otras funciones asignadas por su superior jerárquico, relacionadas a la misión del puesto/área.

## COORDINACIONES PRINCIPALES

## Coordinaciones Internas

Personal de los diferentes servicios del Hospital Nacional Dos de Mayo.

## Coordinaciones Externas

No aplica



## FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Nivel Educativo			B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto			C.) ¿Se requiere Colegiatura?	
	Incompleta	Completa	<input type="checkbox"/> Egresado(a)	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermería			¿Requiere habilitación profesional?	
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado		

## CONOCIMIENTOS

## A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No se requieren sustentar con documentos) :

Cuidados de enfermería a pacientes en estado crítico. Seguridad del paciente.

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

1. Título de Especialista en UCI o Emergencia y desastres.

2. Cursos de capacitación o seminarios o diplomados con cinco (05) años de antigüedad, relacionados al cuidado de paciente.

## C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos		<input checked="" type="checkbox"/>		
Hojas de cálculo		<input checked="" type="checkbox"/>		
Programa de presentaciones		<input checked="" type="checkbox"/>		
Otros (especificar)				
Otros (especificar)				
Otros (especificar)				

IDIOMAS / DIALECTO	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Quechua	<input checked="" type="checkbox"/>			
Otros (especificar)				
Otros (especificar)				
Observaciones.-				

## EXPERIENCIA

## Experiencia general

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

Un (01) año.

## Experiencia específica

A. Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto en la función o la materia:

Un (01) año en establecimientos de salud.

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

Un (01) año en establecimientos de salud de nivel III-1.

C. 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 Departamento     Gerente o Director

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

Se requiere contar con Resolución de SERUMs, al momento de postular.

## HABILIDADES O COMPETENCIAS

Adaptabilidad, control, experticia, empatía, cooperación, comunicación oral.

## REQUISITOS ADICIONALES

Se requiere contar con Registro Nacional de Especialista (RNE).

**ANEXO Nº 01****FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

Nº DE CONVOCATORIA:

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar

día/mes/año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

Nº BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:

Avenida/Calle

Nº

Dpto.

CIUDAD:

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO:

R:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO Nº :

HABILITACION: SI

NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA) :

NO

Nº RESOLUCION SERUMS

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

**PERSONA CON DISCAPACIDAD**

El 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.

**LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

El 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.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén 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:

(1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.

(2) 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					
Post-Grado o Especialización					
Post-Grado o Especialización					

Cursos capacitación y/o					
Cursos capacitación y/o					
Cursos capacitación y/o					
Cursos capacitación y/o					
Informática					
Informática					
Idiomas					
Idiomas					

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**


**Marcar con un aspa donde corresponda:**

 Idioma 1: 

Muy Bien    Bien    Regular

 Habla  
 Lee  
 Escribe

 Idioma 2 

Muy Bien    Bien    Regular

 Habla  
 Lee  
 Escribe

**EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL**

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

Nº (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( ___)_____					
Nº	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 días)
2					

Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública ( <input type="checkbox"/> ), Privada ( <input type="checkbox"/> ), ONG ( <input type="checkbox"/> ), Organismo Internacional ( <input type="checkbox"/> ), Otro( <input type="checkbox"/> )_____					
Nº	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 días)
3					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública ( <input type="checkbox"/> ), Privada ( <input type="checkbox"/> ), ONG ( <input type="checkbox"/> ), Organismo Internacional ( <input type="checkbox"/> ), Otro( <input type="checkbox"/> )_____					
Nº	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 días)
4					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública ( <input type="checkbox"/> ), Privada ( <input type="checkbox"/> ), ONG ( <input type="checkbox"/> ), Organismo Internacional ( <input type="checkbox"/> ), Otro( <input type="checkbox"/> )_____					
Nº	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 días)
5					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública ( <input type="checkbox"/> ), Privada ( <input type="checkbox"/> ), ONG ( <input type="checkbox"/> ), Organismo Internacional ( <input type="checkbox"/> ), Otro( <input type="checkbox"/> )_____					

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

**REFERENCIAS PERSONALES**

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

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de la persona	Teléfono actual
1				
2				
3				

Lima,..... de 20 .....

---

Firma



**ANEXO N° 02****DECLARACION JURADA**

El (la) que suscribe

....., identificado (a) con

DNI N°....., domiciliado (a) en ....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

- ✓ No registrar Antecedentes Penales<sup>1</sup>, Policiales, ni Judiciales.
- ✓ gozar de Buena Salud Física y Mental y estar habilitado para contratar con el Estado.
- ✓ No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea `por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.
- ✓ No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD
- ✓ No recibir remuneración ni ingreso de otra Institución Pública, salvo caso de dietas y función docente.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Lima, de del 20....

---

**Firma**

<sup>1</sup> Ley N° 29607, de fecha 22 de octubre del 2010.

## FORMATO N° 01

**CARTA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE**

Señores

COMISIÓN DE SELECCION EVALUADORA DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIO  
(CAS)**Presente.-**

Yo,.....

... identificado(a) con DNI N°....., mediante la presente le solicito se me considere para participar en el **Proceso CAS N° 011-2018-HNDM**, convocado por el HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO", a fin de acceder al servicio cuya denominación es ..... (nombre del puesto).

Para ello, declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado, y que adjunto a la presente la correspondiente **Hoja de Vida** (Anexo N° 01), copia de DNI, Declaración Jurada (Anexo N° 02), y de más Formatos N° 01 (1A, 1B, 1C, 1D ) y demás documentos solicitados,

Lima, ..... de .....de 2018

.....

FIRMA DEL POSTULANTE

**Indicar marcando con un aspa (x), Condición de Discapacidad:**

Adjunta Certificado de Discapacidad	(SÍ)	(NO)
Tipo de Discapacidad:		
Física	( )	( )
Auditiva	( )	( )
Visual	( )	( )
Mental	( )	( )

**Resolución Presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, Indicar marcando con un aspa (x):**

Licenciado de las Fuerzas Armadas (SÍ) (NO)

**FORMATO 1-A****DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Yo,

.....

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

Declaro que al momento de suscribir el presente documento:

Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales:

- Ley No. 26771, publicada el 15.04.97 que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en casos de parentesco
- Decreto Supremo No. 021-2000-PCM publicado el 30.07.00, que aprueba el Reglamento de la Ley No. 26771
- Decreto Supremo No. 017-2002-PCM, publicado el 08.03.02, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771
- Decreto Supremo No. 034-2005-PCM aplicado el 07.05.05 que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771 y dispone el otorgamiento de la Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo

He cumplido con revisar el LISTADO DE TRABAJADORES DE LA ENTIDAD en el enlace <http://www.minsa.gob.pe/portal-detransparencia/personal//minsa.asp> del Portal del Ministerio de Salud y he agotado las demás verificaciones y corroboraciones necesarias.

En consecuencia DECLARO BAJO JURAMENTO que\_\_\_\_\_ (indicar sí o no) tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal con funcionarios, miembros del Comité de Selección CAS o servidores del Hospital Nacional Dos de Mayo.

En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la (s) persona (s) con quien (es) me une el vínculo antes indicado es (son):

Relación	Apellidos	Nombres	Área de Trabajo

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_  
Firma

**FORMATO 1-B****DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA  
FUNCIÓN PÚBLICA**

Yo,

.....

con DNI N° ..... y domicilio fiscal en .....

....., declaro bajo Juramento, que tengo  
conocimiento de la siguiente normatividad:

Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de  
Ética de la Función Pública.

Asimismo, declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda  
circunstancia.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_  
Firma

**FORMATO 1-C****DECLARACIÓN JURADA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE  
ESPECIALIZACIÓN Y REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALIZACIÓN EN  
TRÁMITE  
(SEGÚN SEA EL CASO)**

Yo,

.....

con DNI N° ..... y domicilio fiscal en

.....

....., declaro  
bajo Juramento, que me comprometo a presentar el Título Profesional de Especialista y  
Registro Nacional de Especialista, correspondiente a la plaza a la cual acceda, en un  
plazo máximo de seis (06) meses, contados a partir de la suscripción del contrato.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Firma

**FORMATO 1-D****DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTOS DE PROGRAMAS  
OFFICE "WORD, EXCEL Y PRESENTACIONES"  
(SEGÚN SEA EL CASO)**

Yo, .....  
con DNI N° ..... y domicilio fiscal en

....., declaro bajo Juramento, que tengo conocimiento del  
manejo de los programas Office "WORD, EXCEL y PROGRAMA DE  
PRESENTACIONES", correspondiente a la plaza a la cual acceda.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Firma