



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

**BASES**

**PROCESO CAS N° 018-2017-GRJ-DIRESA JUNIN**

**CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA**





DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**PROCESO CAS N° 018 - 2017-GRJ-DIRESA JUNIN**

**I. GENERALIDADES**

1. Objeto de la Convocatoria, Código y Cantidad: Contratar los servicios de:

ITEM	CODIGO	CANT.	DESCRIPCION	LUGAR
01	DEMID-01	01	Químico Farmacéutico	Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas DIRESA-JUNIN.

2. Base Legal:

- Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, modificado por Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.
- Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga Derechos Laborales.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015.
- Resolución Directoral Administrativa N° 141-2014-GRJ/ORAF
- Las demás disposiciones que regulen el Contrato Administrativo de Servicios.

**II. PERFIL DEL PUESTO**

**CODIGO: DEMID-01 Químico Farmacéutico** (Dirección de Fiscalización, Control y Vigilancia Sanitaria)

REQUISITOS	DETALLE
<b>Formación académica, Grado académico y/o Nivel de estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Título Profesional de Químico Farmacéutico copia legalizada.</li> <li>○ Habilidad profesional vigente.</li> <li>○ Resolución de Terminación de SERUMS</li> </ul>
<b>Conocimientos y/o estudios, acreditar con constancias o certificados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacitación acreditada a fines del servicio convocado.</li> <li>○ Capacitación en procesos y actividades de control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.</li> <li>○ Conocimiento en Office nivel de usuario.</li> </ul>
<b>Experiencia Laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencia Laboral en entidades públicas y privada mínimo cinco (05) años.</li> </ul>
<b>Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilidad de palabra y comunicación interpersonal.</li> <li>○ Capacidad para desempeñar trabajos bajo presión.</li> <li>○ Ética y valores: solidaridad, honradez, puntualidad y responsabilidad.</li> <li>○ Trabajo en Equipo</li> <li>○ Dominio de normatividad sanitaria vigente.</li> </ul>
<b>Características del Puesto o Descripción del Servicio a Prestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Participar activamente en Inspecciones, operativos, capacitaciones y campañas.</li> <li>○ Programar, ejecutar y remitir al nivel central las pesquisas de productos farmacéuticos y afines según plan operativo institucional.</li> <li>○ Disponer de las medidas de seguridad sanitaria en los casos que correspondan en el marco de las normas sanitarias.</li> <li>○ Evaluar actas de inspección y emitir los proyectos de las resoluciones directorales correspondientes, elevar el informe técnico y hacer el respectivo seguimiento de las notificaciones.</li> <li>○ Coordinar y realizar la evaluación de productos farmacéuticos y afines según lo solicitado: PNP, ministerio público, municipalidades, etc.</li> <li>○ Participar activamente en el proceso de destrucción de productos farmacéuticos y afines decomisados en las acciones de control y vigilancia sanitaria en los establecimientos farmacéuticos.</li> <li>○ Cumplir con lo establecido en el Plan Operativo Institucional.</li> <li>○ Otras actividades que le asignen la Dirección Ejecutiva DEMID y/o la Dirección de Fiscalización, Control y Vigilancia Sanitaria.</li> </ul>



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

### III. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
<b>Lugar de prestación del Servicio</b>	Jr. Julio C. Tello N° 488 – El Tambo - Huancayo
<b>Duración del Contrato</b>	Hasta el 31 de Diciembre del 2017.
<b>Remuneración mensual</b>	Químico Farmacéutico <b>DEMID-01</b> S/ 1,800.00 Nuevos Soles Fuente de Financiamiento RDR Meta 055. <i>Los montos establecidos Incluyen afiliaciones de Ley, así como toda deducción aplicable al trabajador.</i>
<b>Otras condiciones esenciales</b>	No tener impedimentos para contratar con el Estado. No tener antecedentes judiciales, policiales, penales o de proceso de determinación de responsabilidades. No tener sanción por falta administrativa vigente.

### IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA	RESPONSABLE
1	Aprobación de la Convocatoria.	29 de Noviembre del 2017	CECAS
<b>CONVOCATORIA</b>			
3	Publicación de la Convocatoria en DIRESA JUNIN y Recepción de Curriculum Vitae en mesa de partes	Del 30 de Noviembre al 06 de Diciembre del 2017	COMISION / OITE
<b>SELECCIÓN</b>			
4	Evaluación Curricular	07 de Diciembre del 2017	COMISIÓN
5	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular en la Página Web de la DIRESA.	07 de Diciembre del 2017	COMISIÓN / OITE
6	Entrevista Personal	11 de Diciembre del 2017 (8:30 am DIRESA)	COMISIÓN
7	Publicación de los resultados de la Entrevista Personal y Resultado Final en la Web de la DIRESA JUNIN.	11 de Diciembre del 2017	COMISIÓN / OITE
8	Adjudicación de Plazas	12 de Diciembre del 2017 (7:45am)	COMISIÓN / OITE
<b>SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO</b>			
10	Suscripción y Registro del Contrato, previa presentación de documentos presentados en Evaluación de Hoja de Vida debidamente legalizados.	Desde el día siguiente de la publicación del resultado final hasta el quinto día hábil	OEGDRH



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

## V. FACTORES DE EVALUACIÓN

Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán los siguientes puntajes:

EVALUACIONES	PESO	PUNT. MIN.	PUNT. MAX.
<b>EVALUACIÓN DE CURRICULUM VITAE</b>	<b>50%</b>	<b>20</b>	<b>50</b>
1. Formación académica			18
2. Experiencia			17
3. Capacitación			15
<b>ENTREVISTA PERSONAL</b>	<b>50%</b>	<b>20</b>	<b>50</b>
1. Dominio Temático			16
2. Capacidad Analítica			14
3. Facilidad de Comunicación			10
4. Ética y Competencias			10
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>100%</b>		<b>100</b>

## VI. DE LA CALIFICACIÓN

Cada Etapa de Evaluación es eliminatoria, debiendo el postulante alcanzar el puntaje mínimo aprobatorio señalado para pasar a la siguiente etapa.

El proceso de selección se llevará a cabo a través del Comité designado por la Dirección General

### 1. Estudios de Especialización

Cada curso de especialización debe tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 **horas lectivas** (por tanto los certificados deben indicar el número de horas lectivas, para ser tomadas en cuenta), cabe precisar que se considerarán los estudios de especialización relacionados con el servicio materia de la convocatoria.

### 2. Cursos

Comprende aquellos cursos u otras actividades de formación académica **menores de 24 horas**.

## VII. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

1. Presentar los formatos siguientes, que deberán ser descargados de la Pagina Web Institucional de la DIRESA JUNIN por el **POSTULANTE**, luego impresos debidamente llenados, sin enmendaduras, firmados y con huella digital en original, de lo contrario la documentación presentada quedará **DESCALIFICADA**:

- a Anexo N° 01 : Contenido de Hoja de Vida.
- b Anexo N° 02 : Declaración Jurada de no tener inhabilitación vigente según RNSDD.
- c Anexo N° 03 : Declaración Jurada de no tener deudas por concepto de alimentos.
- d Anexo N° 04 : Declaración Jurada de Nepotismo (D.S. N°034-2005-PCM).
- e Anexo N° 05 : Declaración Jurada de antecedentes policiales, penales y de buena salud.

La información consignada en los Anexos N° 02, 03, 04 y 05 tienen carácter de **Declaración Jurada**, siendo el **POSTULANTE** responsable de la información consignada en dichos documentos y sometiéndose al procedimiento de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

2. El postulante presentará la documentación sustentatoria en el orden que señala el Formato del Anexo N° 01 Contenido de Hoja de Vida (I. Datos Personales, II. Estudios realizados, III. Cursos y/o Estudios de Especialización y IV. Experiencia Laboral). Dicha documentación deberá satisfacer todos los requisitos indicados en el Perfil del Puesto, caso contrario será considerado como **NO APTO**.

En el contenido del Anexo N° 01, el postulante deberá señalar el N° de Folio que contiene la documentación que sustente el requisito señalado en el Perfil del Puesto.



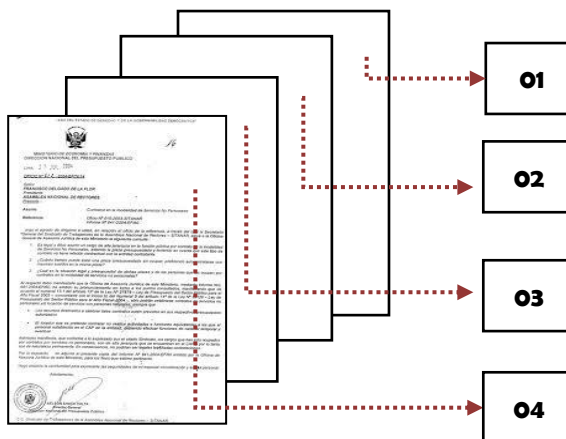
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

- La documentación en su totalidad (incluyendo la copia del DNI y los Anexos 01, 02, 03, 04 y 05), deberá estar debidamente **FOLIADA** en número, comenzando por el último documento. No se foliará el reverso o la cara vuelta de las hojas ya foliadas, tampoco se deberá utilizar a continuación de la numeración para cada folio, letras del abecedario o cifras como 1º, 1B, 1 Bis, o los términos “bis” o “tris”. De no encontrarse los documentos foliados de acuerdo a lo antes indicado, asimismo, de encontrarse documentos foliados con lápiz o no foliados o rectificadas, el postulante quedará **DESCALIFICADO** del proceso de selección.

**Modelo de Foliación:**



- El cumplimiento de los **REQUISITOS INDICADOS EN EL PERFIL DEL PUESTO**, deberán ser **ACREDITADOS ÚNICAMENTE** con copias simples de Diplomas, Constancias de Estudios realizados, Certificados de Trabajo y/o Constancias Laborales o según el requerimiento.

**Casos especiales:**

- Para acreditar tiempo de experiencia mediante Resolución Ministerial por designación o similar, deberá presentarse tanto la Resolución de inicio de designación, como la de cese del mismo.
- Para acreditar habilitación de colegiatura (en caso de ser requerido en el Perfil del Puesto), deberá presentar el **Certificado de Habilitación** del colegio profesional correspondiente.

- Adjuntar **fotocopia legible** del **Documento Nacional de Identidad – DNI vigente**, caso contrario el postulante quedará **DESCALIFICADO** del proceso de selección.
- El Currículum Vitae presentado no será devuelto al postulante.
- La recepción de las Hojas de Vida documentadas será desde las 08:30 hasta las 17:00 horas en un **sobre cerrado**, en las fechas establecidas según cronograma en la **Oficina de Tramite Documentario de la Dirección Regional de Salud Junín**, sito en el **Jr. Julio C. Tello 488 – El Tambo - Huancayo**, con atención a la Comisión Especial CAS, conforme al siguiente detalle:

Señores  
**DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN**  
Comité Especial CAS

**PROCESO DE CONTRATACIÓN CAS Nº 018-2017-DIRESA JUNIN**

**OBJETO DE LA CONVOCATORIA:**  
**CÓDIGO DE LA CONVOCATORIA:**

APELLIDOS:  
NOMBRES:  
DNI:

**NÚMERO DE FOLIOS PRESENTADOS: \_\_\_\_\_**



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

## VIII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO

### 1. Declaratoria de Desierto del proceso de selección:

El proceso de selección puede ser declarado Desierto en alguno de los supuestos siguientes:  
Cuando no se presenta ningún postulante al proceso de selección.  
Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.  
Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo aprobatorio en cualquiera de las etapas de la evaluación del proceso de selección.

### 2. Cancelación del proceso de selección:

El proceso de selección puede ser cancelado, sin que sea responsabilidad de la entidad, en cualquiera de los supuestos siguientes:  
Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso.  
Por restricciones presupuestales.  
Otros supuestos debidamente justificados.

## IX. DE LAS BONIFICACIONES

Se otorgará una bonificación del 10% sobre el puntaje obtenido en la Etapa de Entrevista Personal, a los postulantes que hayan acreditado ser Licenciados de las Fuerzas Armadas, de conformidad con la Ley 29248 y su Reglamento.

Asimismo, las personas con discapacidad que cumplan con los requisitos para el cargo y hayan obtenido un puntaje aprobatorio, obtendrán una bonificación del 15% del puntaje final obtenido, según Ley 28164, Ley que modifica diversos artículos de la Ley 27050 – Ley de personas con Discapacidad. Deberán acreditar con la Certificación expedida por CONADIS.





DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO Nº 01**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**I. DATOS PERSONALES:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Lugar día mes año

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente):** DNI Nº \_\_\_\_\_

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC Nº** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una “x” el tipo):**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Avenida/Calle/Jirón Nº Dpto. / Int.

**URBANIZACIÓN:** \_\_\_\_\_

**DISTRITO:** \_\_\_\_\_

**PROVINCIA:** \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**CELULAR:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**COLEGIO PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_

**REGISTRO Nº:** \_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD:** SÍ  NO  Nº \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

**LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:** SÍ  NO

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



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**II. ESTUDIOS REALIZADOS**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia simple).

TÍTULO O GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO	CIUDAD / PAÍS	Nº FOLIO
			(Mes / Año)		
DOCTORADO					
MAESTRÍA					
POSTGRADO					
DIPLOMADO					
TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO					
BACHILLER / EGRESADO					
ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros)					

**III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:**

Nº	NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA INICIO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (Mes / Año)	CIUDAD / PAÍS	Nº FOLIO
1º							
2º							
3º							
4º							

**IV. EXPERIENCIA LABORAL**

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **SOLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS**, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

**a) Experiencia laboral mínima de.....** (comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).





DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº FOLIO
1						
<u>Descripción del trabajo realizado:</u>						
2						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

- b) Experiencia en el sector público mínima de.....** (comenzar por la más reciente). Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº FOLIO
1						
<u>Descripción del trabajo realizado:</u>						
2						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

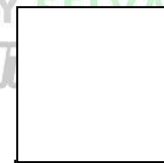
**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.**

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

**APELLIDOS Y NOMBRES:**

**DNI:**

**FECHA:**



Huella Digital

-----  
Firma



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



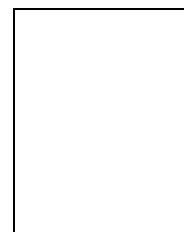
“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO N° 02**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Por la presente, yo ..... , identificado/a con DNI N° ..... , declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD (\*)

Lugar y fecha,.....



Huella Digital



(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **“Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD”**. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



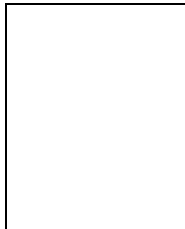
“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo....., identificado/a con DNI N°....., declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

Lugar y fecha,.....



Huella Digital





DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA  
(D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)**

Conste por el presente que el (la) señor(a) ..... identificado (a) con D.N.I.  
N° .....con domicilio en ..... en el Distrito de .....,

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UN ASPA “X”, según corresponda):**

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO I SOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), DE NOMBRE (S)

.....  
.....  
.....

Quien (es) laboran en esta DIRESA, con el (los) cargo (s) y en la Dependencia (s):

.....  
.....  
.....

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO I SOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), que laboren en esta DIRESA.



Lugar y fecha,.....

-----  
Firma

Huella Digital



DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
COMITÉ ESPECIAL CAS



“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**ANEXO Nº 05**

**DECLARACIÓN JURADA**

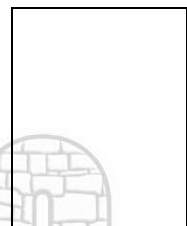
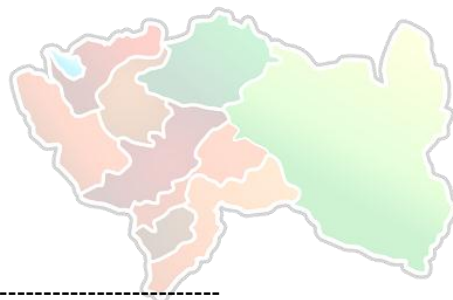
(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

Yo, ....., identificado  
(a) con DNI N° ....., domiciliado en  
.....,

declaro bajo juramento que:

- No registro antecedentes policiales.
- No registro antecedentes penales.
- Gozo de buena salud.

Lugar y fecha,.....



Huella Digital

Firma

