



PROCESO CAS N° 01-2018-JNPE/URL.

FORMATO PARA PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica : Subdirección de Tratamiento.

Denominación : No tiene

Nombre del puesto : Técnico en Farmacia

Dependencia Jerárquica Lineal : Subdirección de Tratamiento ORL - Coordinación de Salud ORL

Dependencia Jerárquica funcional : Área de Salud del E.P. Huaral.

Puestos que supervisa : Personal de Salud de menor jerarquía

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en salud a la población penal del Establecimiento Penitenciario en el marco de la normatividad del MINSA y del INPE.

FUNCIONES DEL PUESTO

- Recepción y almacenamiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, teniendo en cuenta las buenas prácticas de almacenamiento (BPA).
- En el proceso de ubicación de los medicamentos utilizar el sistema FEFO ó Sistema de Rotación que establece que los productos que primero expiran son los que primero salen (First Expire - Firts output).
- Ingreso de los medicamentos en la tarjetas de Kardex o de control visible.
- Dispensación de las recetas prescritas por los profesionales autorizados.
- Elaboración de los documentos de control y administración de medicamentos (parte diario, resumen de consumo mensual, tarjetas Kardex, informe de consumo mensual y pedido de medicamentos).
- Coordinación activa con el médico tratante, para hacerle conocer el stock actualizado de los medicamentos, para su prescripción.
- Elaboración del informe estadístico de recetas.
- Conteo mensual e inventario anual de medicamentos, verificando los saldos existentes en los documentos de control administrativo.
- Elaborar el Pedido mensual de medicamentos al Almacén Especializado y remitirlo a la Sub Dirección de Tratamiento de acuerdo al cronograma establecido, para su visación y trámite correspondiente.
- Participar junto con los profesionales prescriptores en el Requerimiento anual de medicamentos, insumos, material médico, odontológico, instrumental médico quirúrgico, etc. y remitirlo en la fecha programada.
- Llevar el registro y control de los medicamentos psicotrópicos sujetos a fiscalización, que son prescritos en común y receta especial autorizada por DIGEMID..
- Controlar y Registrar la temperatura y humedad relativa del ambiente de Farmacia en la mañana y en la tarde.
- Otros que le asigne la Jefatura de Salud del E.P.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones internas:

Coordinación con el Equipo Interdisciplinario: Psicología - Trabajo Social - Legal - Seguridad - Administración,



previa coordinación con la Jefatura de Salud E.P.

Coordinaciones externas:

Coordinación con el Coordinador de Salud ORL

Coordinación con el Centro de Salud, Micro Red, Red y/o DISA / DIRESA del MINSA de la jurisdicción del E.P.; previa coordinación con la Jefatura de Salud E.P.

FORMACIÓN ACADEMICA

A) Formación Académica

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

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

<input type="checkbox"/> Egresado (a)	
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input 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? ¿Requiere haber realizado SERUMS?

Sí No Sí No

CONOCIMIENTOS

D) Conocimientos técnicos principales para el puesto (No requiere documentación sustentatoria)

- BPA, BPM, Buenas Prácticas de Dispensación.
- Experiencia en manejo de situaciones de crisis y trabajo en equipo.

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

Indique los cursos y programas requeridos:

•

Solo son válidos los cursos o diplomados que señalen las horas académicas y que se hayan realizado en los últimos cinco años.

F) Conocimientos de Ofimática e Idiomas (Con documentación sustentatoria).

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 DE EXPERIENCIA LABORAL EN GENERAL.

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

Trabajador Asistencial de la Salud : TÉCNICO EN FARMACIA



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

02 AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL.

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 si se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

UN AÑO DE EXPERIENCIA LABORAL

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

- Disponibilidad de desplazamiento a otros Establecimientos de la ORLINPE.

HABILIDADES O COMPETENCIAS

- Manejo en situaciones de crisis y trabajo en equipo.
- Empático con capacidad de liderazgo y toma de decisiones.

CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Área de Salud del E.P. Huaral
DURACIÓN DEL CONTRATO	INICIO: A la firma del contrato TERMINO:
REMUNERACIÓN MENSUAL	S/.1,500.00 (Un mil quinientos y 00/100 Nuevos Soles) Incluyen montos y afiliaciones de ley, así como toda deducción aplicable al trabajador.
OTRO	Los postulantes a la plaza de provincia preferentemente deben ser de la localidad.



CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO	TECNICO EN FARMACIA
	Establecimiento Penal HUARAL
DURACION DEL CONTRATO	INICIO : a la firma del contrato TERMINO : 31/12/2018
REMUNERACION MENSUAL	1.500.00 Incluye los montos y afiliaciones de ley, asi como toda deducción aplicable al trabajador

CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

	ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	AREA RESPONSABLE
1	Aprobacion de la Convocatoria	16/07/2018	
2	Publicacion del Proceso en el servicio Nacional de Empleo	30/07/2018 13/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
CONVOCATORIA			
3	Publicación de la Convocatorio en www.inpe.gob.pe	30/07/2018 13/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
4	Presentación de la Hoja de vida documentada en al sgte dirección : Edificio Anselmo Barreto 4° Piso - Av. Abancay s/n cuadra,5 Lima	14/08/2018 Y 15/08/2018	Mesa de Partes del INPE
SELECCIÓN			
5	Evaluacion de la Hoja de vida	16/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
6	Publicación de Resultado de la hoja de Vida en : www.inpe.gob.pe	17/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
7	Entrevista : en la al siguiente dirección : Edificio Anselmo Barreto 4° Piso - Av. Abancay s/n cuadra,5 Lima	20/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
8	Publicación de Resultado final : www.inpe.gob.pe	21/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO			
9	Suscripción de Contrato	22/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
10	Registro del Contrato	22/08/2018	Unidad de Recursos Humanos

ANEXO Nº I

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

SOLICITA: Inscripción como postulante para el Contrato
Administrativo de Servicios de:

.....
.....

SEÑOR JEFÉ DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACION DE LA ORL - INPE
S.J.

Yo,.....con DNI Nº.....,con
dirección domiciliaria en:.....
solicito mi participación como postulante en el proceso de selección para la Contratación
Administrativa de Servicios de:, regulado por el
Decreto Legislativo Nº 1057 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 075-2008-
PCM y su modificatoria Decreto Supremo Nº 065-2011-PCM , para lo cual adjunto lo siguiente:

1. Curriculum Vitae debidamente documentado (copias simples)
2. Declaración Jurada del Postulante (Anexo II)
3. Declaración Jurada (Anexo III – IV)
4. Copia Simple de mi documento nacional de identidad.



Atentamente,

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

.....
FIRMA

OTROS DATOS IMPORTANTES:

Teléfono (casa)..... (Celular).....

E-mail:

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

DECLARACION JURADA

El/la que suscribe, identificado con DNI N.º.....con domicilio en.....
....., Distrito, Provincia y Departamento, de estado civil, **DECLARÓ BAJO JURAMENTO:**

BUENA SALUD

Gozar de buen estado de salud mental y que no padezco de ninguna enfermedad infecto contagiosa.

LICENCIA / VACACIONES Y DOBLE PERCEPCION DEL ESTADO

No contar con licencia con o sin goce de haber o en uso del descanso vacacional otorgado en razón del vínculo laboral existente con alguna Entidad del Estado y no percibir otro ingreso (remuneración, subvención o de cualquier otra índole) del Estado, salvo por función docente.

ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES

No tener antecedentes penales, judiciales ni policiales

DEUDOR ALIMENTARIOS MOROSOS (Ley Nº 28970)

- No adeudo cinco (05) cuotas sucesivas o no, por concepto de obligaciones alimentarias establecidas en sentencias consentidas o ejecutoriadas, o en acuerdo conciliatorios con calidad de cosa juzgada.
- No adeudo cinco (05) pensiones alimenticias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdo conciliatorios extrajudiciales.

INCOMPATIBILIDAD (Ley Nº 27588)

No tener impedimento de contratar con el Estado en la modalidad de Servicios ni estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el Decreto Supremo Nº 019-02-PCM (1)

SANCIONADO O INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE

Que no me encuentro sancionado o inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado; ni me encuentro al alcance de las prohibiciones e incompatibilidades; asimismo, no me encuentro comprendido en ninguna de las causales contempladas en el artículo 9 del Texto Único Ordenado de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, ni en ninguna otra causal contemplada en normas legales o reglamentarias que determine mi imposibilidad de ser postor o contratista del Estado.

- No contar con proceso judicial vigente contra el INPE.

En ese sentido, no me encuentro bajo ninguna de las causales que impidan mi contratación bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios.

Declaro someterme a las disposiciones de la Directiva que regula el Proceso de Selección para la Contratación de Personal bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios del INPE

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y 42º de la Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por la Ley N.º 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Lima, ____/____/20__

DNI.: _____



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

**DECLARACION JURADA
DOBLE PERCEPCION DEL ESTADO**

El/la que suscribe, identificado con DNI
N° con domicilio en
....., Distrito
....., Provincia y Departamento, de estado civil
....., DECLARO BAJO JURAMENTO:

SI NO

Vengo percibiendo ingresos del Estado Peruano bajo cualquier otra
modalidad.

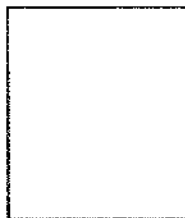
TIPO DE INGRESOS	MONTO S/.	ENTIDAD	MOTIVO
Pensión de Jubilación ONP 20530			
Pensión de Jubilación ONP 19990			
Remuneración			
Locación de Servicios(SNP, RHP)			
Otros			



Asimismo, declaro conocer que está prohibido percibir del Estado Peruano más de una remuneración por cualquier tipo de ingreso y que es incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado, salvo las excepciones permitidas por la Ley (por función docente y la percepción de dietas por participación en un directorio de entidad del Estado)

Declaro además que la falta de veracidad de lo manifestado dará a las sanciones conforme a lo dispuesto en la Normatividad vigente respecto al Código Penal y a la Ley 27444 de Simplificación Administrativa.

Lima,



Huella Digital
Índice Derecho

Nombres y Apellidos
DNI:

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

DECLARACION JURADA SOBRE NEPOTISMO

Sres. Oficina Regional Lima.

Yo....., identificado con Documento Nacional de Identidad DNI Nº..... con domicilio enDistritoProvincia y Departamento, postulante al proceso de convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios Nº.....-2018-INPE/18 al amparo del principio de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 del Título Preliminar de la Ley Nº 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y de lo dispuesto en los art. 42º y 242º de la referida norma, **DECLARO BAJO JURAMENTO :**

Que no tengo ningún grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los funcionarios de dirección y/o servidores del Instituto Nacional Penitenciario, que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento, que en el Instituto Nacional Penitenciario presta y/o presto servicios la (s) personas(s) cuyo apellido y nombre indico con quien (es) me une el grado de parentesco o vínculo conyugal (o convivencia) señalando a continuación :

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	OFICINA O DEPENDENCIA

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido a la Ley Nº 26771, Reglamento y modificatorias, Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público. Que si declaro es falso esoy sujeto a las acciones legales y penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Lima, ___/___/20__

DNI.: _____