

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: SUBDIRECCIÓN DE TRATAMIENTO ORL
 Denominación: No se considera
 Nombre del puesto: **MEDICO CIRUJANO (03 Plazas)**
 Dependencia Jerárquica Lineal: COORDINACION DE SALUD DE LA ORL
 Dependencia Jerárquica funcional: Jefatura de Centro de Salud del EP
 Puestos que supervisa: NO APLICA

MISIÓN DEL PUESTO

Prestar sus servicios profesionales como medico cirujano en los servicios de salud penitenciarios, brindando atención a la PPL afectada, de acuerdo a la normatividad vigente e institucional.

FUNCIONES DEL PUESTO

Brindar atención por consultorio externo, hospitalización, urgencias, emergencias.
Integrar la Junta Médica Penitenciaria Extraordinaria a solicitud de las autoridades, elaborando el Acta correspondiente para darle trámite.
Realizar evaluación e informe de su competencia a solicitud de las autoridades.
Realizar el correcto llenado de las atenciones correspondientes en las respectivas Historias Clínicas.
Realizar evacuación de emergencia de los pacientes internos que lo requieran, promoviendo el uso del SIS
Brindar asistencia profesional a la Estrategia Sanitaria para el Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH y SIDA
Brindar asistencia profesional al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis
Brindar asistencia profesional a pacientes con enfermedades no transmisibles crónicas frecuentes (Diabetes, HTA, etc)
Registrar las atenciones realizadas en los registros y estadísticos correspondientes a su competencia (HIS, Libros, etc)
Desarrollar actividades preventivo promocionales en el area de su competencia.
Otras que disponga el jefe inmediato superior.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas
Unidades Orgánicas del Establecimiento Penitenciario.
Coordinaciones Externas
Coordinación con los Establecimientos de Salud del MINSA, Laboratorios Referenciales MINSA, RED/DIRESA/GERESA del MINSA de la jurisdicción del establecimiento penitenciario.
Coordinación con la Coordinación Regional de Salud

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 años)	<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)	MÉDICO CIRUJANO Haber realizado SERUMS.
<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

CONOCIMIENTOS

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

Conocimientos en el manejo de programas de tuberculosis y VIH

Conocimientos en el manejo de urgencias y emergencias.

Conocimiento sobre Control de infecciones en servicios de salud.

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:

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		X		
Power Point		X		
Excel		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.

2 años incluido SERUMS

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:

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

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

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Dinamismo y productividad, responsabilidad, confidencialidad, disciplina y puntualidad.

Manejo en situaciones de crisis y trabajo en equipo

Capacidad de liderazgo y toma de decisiones.

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	DIRECCION: EP. HUARAZ (01), ICA (01), MUJERES CHORRILLOS
DURACION DEL CONTRATO	INICIO : a la firma del contrato
	TERMINO : 31 de Diciembre 2019
REMUNERACIÓN MENSUAL	Sueldo: S/. 4,500.00 (SOLES)
	Incluye los montos y afiliaciones de ley,
	asi como toda deducción aplicable al trabajador



Zelmira A. Lopez Terreros
 Lic. Zelmira A. Lopez Terreros
 C.O.P. 8061
 Coordinadora de Salud ORL

CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CAS N°012-2019-INPE/UE.0018

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO	MEDICO CIRUJANO PARA EL ESTABLECIMIENTO PENAL
	EP ICA (01 plaza)
	EP HUARAZ (01 plaza)
DURACION DEL CONTRATO	EP CHORRILLOS MUJERES (01 plaza)
	INICIO : a la firma del contrato
	TERMINO : 31 de diciembre del 2019 Ampliable de acuerdo a la necesidad institucional.
REMUNERACION MENSUAL	S/ 4.500.00 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	Conformación de comité de evaluación	R.D N° 651-2019-INPE/18	Equipo de Recursos Humanos
2	Publicación del Proceso en el servicio Nacional de Empleo	22/10/2019 05/11/2019	Equipo de Recursos Humanos
CONVOCATORIA			
3	Publicación de la Convocatoria en www.inpe.gob.pe	22/10/2019 05/11/2019	Equipo de Recursos Humanos
4	Presentación de hoja de vida documentada En el horario de 08:30 am a 04:00 pm Edificio Anselmo Barreto 4° Piso - Av. Abancay s/n cuadra,5 Lima	06/11/2019	Mesa de partes del INPE
SELECCIÓN			
5	Publicación de postulantes inscritos: : www.inpe.gob.pe	07/11/2019	Equipo de Recursos Humanos
6	Evaluación de conocimientos: se indicará en la publicación de la convocatoria	08/11/2019	Comité de selección
7	Resultado de evaluación de conocimientos : www.inpe.gob.pe	11/11/2019	Equipo de Recursos Humanos
8	Evaluación de hoja de vida	del 12/11/2019 al 13/11/2019	Comité de selección
9	Publicación de Resultado de la hoja de Vida en: www.inpe.gob.pe	14/11/2019	Unidad de Recursos Humanos
10	Entrevista: la dirección y hora se indicará en la publicación de la convocatoria.	15/11/2019	Comité de selección
11	Publicación de Resultado final : www.inpe.gob.pe	18/11/2019	Equipo de Recursos Humanos
SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO			
12	Suscripción de Contrato	19/11/2019	Equipo de Recursos Humanos
13	Inicio de labores	20/11/2019	Equipo de Recursos Humanos

LOS DOCUMENTOS SE PRESENTARAN FOLIADOS EN FOLDER MANILA, DEBIENDO ESPECIFICAR EL N° DEL PROCESO, CARGO Y EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO QUE POSTULA

LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS NO SERAN DEVUELTOS, POR LO QUE DEBERA PRESENTAR COPIAS
SIMPLES DE CURRICULUM DOCUMENTADO

“Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad”

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

.....
.....

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

Yo,.....con DNI N°.....,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 N° 1057 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008-
PCM y su modificatoria Decreto Supremo N° 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 de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

DECLARACION JURADA

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

BUENA SALUD

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

VACACIONES Y DOBLE PERCEPCION DEL ESTADO

No contar con 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 encuentre sancionado o inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado; ni me encuentre al alcance de las prohibiciones e incompatibilidades; asimismo, no me encuentre 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 encuentre 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 de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad”

ANEXO Nº III

**DECLARACION JURADA
DOBLE PERCEPCION DEL ESTADO**

El/la que suscribe , identificado con DNI Nº con domicilio en , 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:

ANEXO Nº IV

"Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

DECLARACION JURADA SOBRE NEPOTISMO

Sres. Oficina Regional Lima.

Yo....., identificado con Documento Nacional de Identidad DNI Nº..... con domicilio en....., Distrito....., Provincia..... 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 vinculo 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.: _____