

**IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO**

Órgano o unidad orgánica: DIRECCIÓN DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO  
 Denominación del puesto: No se considera  
 Nombre del puesto: **MONITOR EN SALUD (01 PLAZA)**  
 Dependencia jerárquica lineal: SUB DIRECCION DE SALUD PENITENCIARIA  
 Dependencia funcional: SUB DIRECCION DE SALUD PENITENCIARIA  
 Puestos a su cargo: NO APLICA

**2DA CONVOCATORIA PROCESO CAS Nº 129 - 2020-INPE/UE-001**

**MISIÓN DEL PUESTO**

Monitorear las acciones desarrolladas en salud en el marco de la introducción del COVID-19 en los establecimientos penitenciarios a nivel nacional.

**FUNCIONES DEL PUESTO**

Realizar seguimiento y supervisar la ejecución de las pruebas rápidas de COVID-19 en beneficio de la PPL a nivel nacional, según flujograma de acción institucional.

Reportar diariamente el avance de la ejecución de las pruebas rápidas COVID-19 a nivel nacional, de acuerdo a formato institucional desarrollado por la Sub dirección de salud.

Coordinar de forma continua y permanente con las autoridades pertinentes sobre el flujo de atención y manejo de los casos COVID-19 en la PPL.

Reportar diariamente la situación actual de los establecimientos penales frente a la introducción del COVID-19, de acuerdo a formato institucional desarrollado por la Sub dirección de salud.

Coordinar permanentemente con las Oficinas Regionales y establecimientos penitenciarios, las acciones a favor de la PPL afectada o en riesgo de infección por COVID-19.

Vigilar el abastecimiento continuo y permanente de los insumos, materiales y equipos necesarios para la atención de la PPL afectada o en riesgo de infección por COVID-19

Realizar informes de su competencia a solicitud de las autoridades

Otras que disponga el jefe inmediato superior.

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**Coordinaciones Internas**

Unidades Orgánicas del Establecimiento Penitenciario.

**Coordinaciones Externas**

Con los Establecimientos de Salud del MINSAL, Laboratorios Referenciales MINSAL, RED/DIRESA/GERESA del MINSAL de la jurisdicción del establecimiento penitenciario.

Con la Coordinación Regional de Salud



**FORMACIÓN ACADÉMICA (sustentar con documentos)**

**A.) Nivel Educativo**

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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)	LICENCIADO EN ENFERMERIA LICENCIADO EN OBSTETRICIA
<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 sustentadora):**

Conocimiento en el manejo de urgencias y emergencias.

Conocimiento sobre Control de infecciones en servicios de salud.

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

*Nota: Cada curso deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los programas de especialización no menos de 90 horas.*

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos (Word; Open Office)		X		
Hojas de cálculo (Excel; OpenCalc, etc.)		X		
Programa de presentaciones (Power (Otros)		X		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	X			
.....				
.....				
Observaciones.-				

**EXPERIENCIA (sustentar con documentos)**

**Experiencia general**

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

4 años

**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:

2 años

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   
  NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

\* En caso que sí 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.

Haber realizado SERUMS (OPCIONAL)  
 Deseable experiencia laboral en los establecimientos penitenciarios.

**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



	DETALLES
LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO	OFICINA DE LA SUB DIRECCION DE SALUD PENITENCIARIA sito Jr. De La Unión 446 - Cercado de Lima.
DURACION DEL CONTRATO	INICIO : a la firma del contrato TERMINO : 30 de setiembre del 2020
REMUNERACION MENSUAL	Sueldo: S/. 4,500 Incluye los montos y afiliaciones de ley, asi como toda deducción aplicable al trabajador

## CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

2DA CONVOCATORIA CAS N° 129 - 01 MONITOR DE SALUD - SUBDIRECCION DE SALUD

De acuerdo a lo establecido en el numeral 27.2 del artículo 27 del Decreto de Urgencia N° 029-2020, a través del cual se prevé que hasta el 31 de diciembre del presente año, a fin de garantizar las medidas para atender la emergencia por el COVID-19, se autoriza a las entidades del Gobierno Nacional y Gobiernos Regionales la contratación de personal bajo la modalidad del régimen del CAS que preste servicios para la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus en los establecimientos de salud, el cual exonera de la obligación del concurso a que se refiere el artículo 8 del D.L N° 1057.

Decreto de Urgencia 037-2020, en el cual se autoriza incorporar a los profesionales de la salud sin SERUMS.

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	SEDE CENTRAL (01)
DURACIÓN DEL CONTRATO	INICIO: a la firma del contrato TERMINO: 30 de setiembre 2020 (sujeto a renovación)
CONTRAPRESTACIÓN	S/4500.00 Asi como toda deducción aplicable al trabajador

### CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

	ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	AREA RESPONSABLE
<b>CONVOCATORIA</b>			
1	Publicación de la Convocatoria en <a href="http://www.inpe.gob.pe">www.inpe.gob.pe</a>	Del 20/08/2020 al 23/08/2020	Unidad de Recursos Humanos
2	Presentación de hoja de vida documentada al correo: <a href="mailto:seleccion.cas@inpe.gob.pe">seleccion.cas@inpe.gob.pe</a> En el horario de 08:00 am a 04:00 pm, colocar en asunto del correo: <b>CAS N° 129 - MONITOR DE SALUD</b> <b>Los documentos a presentar en formato PDF son:</b> 1. Ficha de Inscripción (Formato N° 01). <b>indicar el E.P u Oficina donde postula</b> 2. Solicitud de Inscripción como postulante (Anexo N° 3). 3. Declaración Jurada (Anexo N° 4 – A). 4. Declaración Jurada (Anexo N° 4 – B). 5. Declaración Jurada sobre Nepotismo (Anexo N° 9). 6. Copia simple de DNI. 7. Copia del título universitario. 8. Copia de colegiatura y habilitación vigente. 9. Certificado que acredite 04 años de experiencia general 9. Certificado que acredite 02 años de experiencia especifica 10. Resolución de SERUMS (opcional). <b>Los documentos a presentar deben estar en formato PDF, en un sólo archivo el cual no debe exceder los10 MB.</b> (Los postulantes que no cumplan con lo indicado serán descalificados del proceso)	Del 20/08/2020 al 23/08/2020	Unidad de Recursos Humanos
<b>SELECCIÓN</b>			
3	Evaluación Curricular	24/08/2020	Comité de selección
4	Publicación de Resultado final: <a href="http://www.inpe.gob.pe">www.inpe.gob.pe</a>	24/08/2020	Unidad de Recursos Humanos
<b>SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO</b>			
5	Suscripción de Contrato	25/08/2020	Unidad de Recursos Humanos
6	Inicio de labores	25/08/2020	Unidad de Recursos Humanos

1. LA ENTIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE REALIZAR VERIFICACION POSTERIOR A LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS POR LOS POSTULANTES, EN CUMPLIMIENTO DEL TEXTO UNICO ORDENADO DE LA LEY N° 24777, TENER EN CUENTA QUE EL FRAUDE O FALSEDAD DE LA INFORMACION ESTA SUJETA A UNA MULTA DE 5UIT A 10 UIT Y HASTA SANCION PENAL.

2. ES DEBER DEL POSTULANTE COMPROBAR LA VERACIDAD DE SUS DOCUMENTOS ANTES DE PRESENTARLO ANTE LA ENTIDAD.

## FORMATO N° 01 FICHA DE INSCRIPCION

Convocatoria CAS N° -2020-INPE para cubrir plazas – D.L. N° 1057 del Instituto Nacional Penitenciario - INPE

### 1. DATOS PERSONALES

PUESTO AL QUE POSTULA:

DNI N°	
Apellidos y Nombres	
Fecha de Nacimiento Dia/Mes/Año	
Dirección	
Distrito	
Estado Civil	
Teléfono celular	
Teléfono fijo	
Correo electrónico	
Medio por el cual se enteró del proceso CAS.	

Los datos consignados en esta ficha deberán ser acreditados en la etapa de presentación de hoja de vida documentada Cuando el postulante no adjunte documentos requerido en el perfil de puesto será declarado como NO APTO.

### 2. FORMACIÓN ACADÉMICA

	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL ALCANZADO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES/AÑO		Años de estudios	Que documento tiene que sustente lo señalado	(*) N° de Folio
				DESDE	HASTA			
FORMACIÓN UNIVERSITARIA				/	/			
MAESTRÍA				/	/			
OTROS ESTUDIOS (Otras profesiones, Especialidades y/o Maestrías)				/	/			
OTROS ESTUDIOS (Otras profesiones, Especialidades y/o Maestrías)				/	/			

(\*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM DOCUMENTADO

### 3. ESTUDIOS RELACIONADOS A ESPECIALIZACIONES O DIPLOMADOS ( RELACIONADO A LO SOLICITADO EN EL PERFIL DE PUESTO).

NOMBRE DEL DIPLOMADO	CONDICIÓN	INSTITUCIÓN	AÑO QUE REALIZÓ EL DIPLOMADO	HORAS LECTIVAS DE DURACIÓN DEL DIPLOMADO	Que documento tiene Ud. que sustente lo señalado	(*) N° de Folio

(\*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM DOCUMENTADO

OTROS DATOS	Nro de Colegiatura
Se encuentra Usted Colegiado	
se encuentra Usted Habilitado	
Pertence Ud. al Cuerpo de Gerentes Públicos	

Es Ud. Una Persona con Discapacidad	
Ud. Es Licenciado de las Fuerzas Armadas	

**CAPACITACIONES COMPLEMENTARIAS (ACORDE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL PERFIL DE PUESTO)**

CURSOS (Seminarios, Computación, Ingles considere agregar el nivel alcanzado, acorde a los requisitos del perfil)	NIVEL	TIEMPO DE ESTUDIOS	Que documento tiene que sustente lo señalado	(*) N° de Folio
INGLES				
Computación				

CURSOS (Seminario, Congresos, Talleres acordes a los requisitos del perfil)	INSTITUCIÓN	TIEMPO DE ESTUDIOS EN HORAS	Que documento tiene que sustente lo señalado	(*) N° de Folio

(\*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM DOCUMENTADO

**4. EXPERIENCIA LABORAL (COMPLETAR CON AQUELLOS PUESTOS DE TRABAJO AFINES A LAS FUNCIONES DEL SERVICIO SOLICITADO, INICIANDO POR LA EXPERIENCIA MÁS RECIENTE).**

EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN	UNIDAD ORGÁNICA / ÁREA	SECTOR	CARGO / NOMBRE DE LA FUNCIÓN	DESCRIBA LAS FUNCIONES PRINCIPALES RELACIONAS AL PUESTO QUE POSTULA	FECHA DE INICIO D/M/A	FECHA DE TERMINO D/M/A	AÑOS/MESES/DIAS DE EXPERIENCIA	Que documento tiene que sustente lo señalado	Motivo de retiro	(*) N° de Folio
							TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA	0		

(\*) DEBERA SER LLENADO OBLIGATORIAMENTE EN LA PRESENTACION DEL CURRICULUM DOCUMENTADO

**Nota: La Información contenida en la presente Ficha de Inscripción tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual el INPE tomará por cierto la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente, así como solicitar la acreditación de la misma, de conformidad al Artículo 32° (numerales 32.1, 32.2 y 32.3) y Artículo 42° (numeral 42.1) de la Ley N° 27444 "Ley de procedimiento administrativo general", en fe de lo cual firmó la presente.**

Ciudad de ..... del día .....del mes de ..... del año 20....

Firma del postulante:  
DNI



Impresión Dactilar



**ANEXO N° 03**

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

**N°:**.....

**SEÑOR(A) JEFE DE LA OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACION – INPE**

Yo, .....con  
DNI N°.....y con dirección domiciliaria en:.....  
.....solicito mi participación  
como postulante en el proceso de selección para la Contratación Administrativa de Servicios  
N°.....para ocupar el puesto de.....en el/la  
EE.PP/Oficina .....regulado por el Decreto  
Legislativo N° 1057 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075- 2008-PCM, para lo cual  
adjunto lo siguiente:

1. Curriculum Vitae debidamente documentado
2. Declaraciones Juradas del Postulante (Anexo N°04 A y B)
3. Copia Simple de DNI

Atentamente,

Lima,.....de..... de 202...

.....  
FIRMA

**OTROS DATOS IMPORTANTES:**

Teléfono (casa)..... (Celular).....

E-mail: .....

OBS: si Ud. postula a algún Establecimiento Penitenciario favor especificar el EE.PP.



**ANEXO N° 04-A**

**DECLARACION JURADA**

Yo ..... , 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

**ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES**

No tener antecedentes penales, judiciales ni policiales

**DEUDOR ALIMENTARIOS MOROSOS (Ley N° 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 N° 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 N° 019-02-PCM <sup>(1)</sup>

**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 42° 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, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_

\_\_\_\_\_  
DNI.: \_\_\_\_\_



**ANEXO N° 04-B**

**DECLARACION JURADA**

**DOBLE PERCEPCION DEL ESTADO**

Yo..... identificado  
con DNI N.º.....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: .....

**ANEXO N° 09**

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO**

Señores del Instituto Nacional Penitenciario:

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

Distrito..... Provincia..... y  
Departamento....., de Estado civil ....., postulante al Proceso de  
Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios N°....., al amparo del principio de  
veracidad establecido en el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento  
Administrativo General y de lo dispuesto en los artículos 42° y 242° 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 gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección. Tampoco no tengo ningún grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de convivencia con personas procesadas y/o recluidas en los Establecimientos Penitenciarios del Instituto Nacional Penitenciario

**EN CASO DE TENER PARIENTES:**

Declaro bajo juramento, que, en el Instituto Nacional Penitenciario, presta y/o prestó servicios la (s) persona (s) cuyos apellidos y nombres índico, con quien (es) me une el grado de parentesco o vínculo conyugal (o convivencia) señalado a continuación:

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>OFICINA O DEPENDENCIA</b>

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y me atengo a lo establecido a la Ley N° 26771, Reglamento y modificatorias, Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público. Que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a las acciones legales y penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Lima, ...../...../202.....

.....

DNI.: \_\_\_\_\_