

**IDENTIFICACION DEL PUESTO**

Órgano o unidad orgánica:	OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACION
Denominación del puesto:	No se considera
Nombre del puesto:	MEDICO (04 plazas)
Dependencia jerárquica lineal:	EQUIPO DE RECURSOS HUMANOS
Dependencia funcional:	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
Puestos a su cargo:	NO APLICA

**5TA CONVOCATORIA - PROCESO CAS N° 098 - 2020-INPE/UE-001**

**MISION DEL PUESTO**

Prestar servicios profesionales en la Oficina Regional del Instituto Nacional Penitenciario donde postula, a fin de prestar atención medica a servidores afectados y/o en riesgo de infeccion por el COVID-19, entre otros.

**FUNCIONES DEL PUESTO**

- Brindar atención diaria por consulta, urgencias y emergencias a los servidores del INPE, en temas de salud en general y/o con infeccion por coronavirus COVID-19
- Realizar la evacuacion de emergencia en caso algun servidor lo requiera, en caso de infeccion de Coronavirus y/o según criterio medico.
- Seguimiento y monitoreo medico de los casos sospechosos, casos leves y moderados del COVID-19 en los servidores del Instituto Nacional Penitenciario, en caso se requiera, realizaran visitas domiciliarias
- Realizar evaluacion e informe de su competencia a solicitud de los servidores
- Registrar las atenciones realizadas en el registro de su competencia (Historia clinica, registros,etc)
- Apoyo en temas de seguridad y Salud en el Trabajo a los Equipos de Recursos Humanos.
- Realizar visitas medicas periodicas a los Establecimientos Penitenciarios de la Jurisdiccion de la Region donde labore.
- Realizar el pedido de medicamentos necesarios para la atencion de los servidores afectados o en riesgo de COVID-19, a fin de evitar su desabastecimiento.
- Cumplir y velar por el cumplimiento de las normas de Bioseguridad del instituto Nacional Penitenciario.
- Otras que disponga el jefe inmediato superior.

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**Coordinaciones Internas**

Unidades Organicas de las Oficinas Regionales y Establecimientos Penitenciarios.

**Coordinaciones Externas**

Con los establecimientos de salud del MINSA, Laboratorios Referenciales MINSA, RED/DIRESA/GERESA del MINSA de la jurisdicción del establecimiento penitenciario, Unidad de Recursos Humanos.

Con la Coordinacion Regional de Salud.

**COORDINACION ACADÉMICA (sustentor 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)	MEDICO
<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"/> Titulada	

**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 Urgencia y Emergencias

Conocimiento sobre el control de Infecciones en servicio 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.

Curso en medicina ocupacional, medicina de trabajo o afines.

### 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.

01 año

### 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:

06 meses.

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 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 el SERUMS(opcional)

## HABILIDADES O COMPETENCIAS

Dinamismo y productividad, responsabilidad, confidencialidad, disciplina y puntualidad, manejo de situaciones de crisis y trabajo en equipo, capacidad de liderazgo y toma de decisiones.

	DETALLES
LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	OFICINA REGIONAL NORTE CHICLAYO (02) OFICINA REGIONAL SUR AREQUIPA (01) OFICINA REGIONAL NOR ORIENTE SAN MARTIN (01)
DURACION DEL CONTRATO	INICIO: a la firma del contrato 31 de octubre del 2020
CONTRAPRESTACION	Sueldo: S/7000.00 Incluye los montos y afiliaciones de ley, así como toda deducción aplicable al trabajador



## CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

### 5TA CONVOCATORIA CAS N° 098 - 04 MEDICOS - RECURSOS HUMANOS

De acuerdo a lo establecido en el numeral 21.2 del artículo 21 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.

De acuerdo al Anexo N° 1 de Resolución Ministerial 448-2020-MINSA donde se establece el tipo de profesional de la salud de acuerdo a la cantidad de trabajadores - Centro de Trabajo tipo 6

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	OFICINA REGIONAL NORTE CHICLAYO (02) OFICINA REGIONAL SUR AREQUIPA (01) OFICINA REGIONAL NOR ORIENTE SAN MARTIN (01) Horario: 36 horas semanales
DURACIÓN DEL CONTRATO	INICIO: a la firma del contrato TERMINO: 31 de octubre 2020 (sujeto a renovación)
CONTRAPRESTACIÓN	S/7000.00 Así 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>	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 el asunto del correo: <b>CAS N° 098 - MEDICO OCUPACIONAL</b> <b>Los documentos a presentar en formato PDF son:</b> 1. Ficha de Inscripción (Formato N° 01). 2. Solicitud de Inscripción como postulante (Anexo N° 3), <b>indicar la Región donde postula</b> 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 01 año de experiencia general. 10. Certificado que acredite 06 meses de experiencia específica 11. Resolución de SERUMS (opcional). <b>Los documentos a presentar deben estar contenidos en un sólo archivo el cual no debe exceder los 10 MB.</b> (Los postulantes que no cumplan con lo indicado serán descalificados del proceso)	Unidad de Recursos Humanos
<b>SELECCIÓN</b>		
3	Evaluación Curricular	Comité de selección
4	Publicación de Resultado final: <a href="http://www.inpe.gob.pe">www.inpe.gob.pe</a>	Unidad de Recursos Humanos
<b>SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO</b>		
5	Suscripción de Contrato	Unidad de Recursos Humanos
6	Inicio de labores	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 5 UIT 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 Nº 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 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 <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 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, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 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.: \_\_\_\_\_