servir
HERRAMIENTA DEL PERÚ QUE CRECE

FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

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

2DA CONVOCATORIA PROCESO CAS Nº 149 - 2020-INPE/UE-001

MISIÓN DEL PUESTO

Prestar sus servicios profesionales como medico cirujano en los servicios de salud penitenciarios, brindando atención a la PPL afectada o en riesgo de infeccion por coronavirus.

FUNCIONES DEL PUESTO

- Brindar atencion diaria por consultorio externo, hospitalizacion, urgencias y emergencias a la población penal en riesgo o con infeccion por coronavirus u otras patologias.
- Realizar la evacuación de emergencias de los pacientes internos que la requieren, de acuerdo al Plan de contingencia INPE Coronavirus y según criterio medico.
- Seguimiento y monitoreo medico de los casos sospechosos, casos leves y moderados de COVID-19 a los internos del EP según formato institucional (FICHA DE EVALUACION PACIENTE COVID) y su respectivo llenado en un formato excel.
- Realizar evaluacion e informe de su competencia a solicitud de las autoridades.
- Registrar las atenciones realizadas en los registros de su competencia (Historia clinica, registros, etc)
- Realizar el pedido de los medicamentos necesarios para la atencion de la PPL afectada o en riesgo de COVID u otras patologias para evitar su desabastecimiento.
- La jornada laboral sera quince (15) dias por quince (15) dias, hasta completar las 150 horas mensuales.
- Otras que disponga el jefe inmediato superior.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

Unidades Orgánicas del Establecimiento Penitenciario.

Coordinaciones Externas

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

Con la Coordinación Regional de Salud

FORMACIÓN ACADÉMICA *(sustentar con documentos)*

A.) Nivel Educativo

	Incompleta	Completa
[ ] Primaria	[ ]	[ ]
[ ] Secundaria	[ ]	[ ]
[ ] Técnica Básica (1 ó 2 años)	[ ]	[ ]
[ ] Técnica Superior (3 ó 4 años)	[ ]	[ ]
[X] Universitario	[ ]	[X]

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

[ ] Egresado(a)		
[ ] Bachiller		
[X] Título/ Licenciatura	MEDICO CIRUJANO	
[ ] Maestría		
[ ] *Egresado* [ ] *Titulado*		
[ ] Doctorado		
[ ] *Egresado* [ ] *Titulado*		

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

[X] Si [ ] No

¿Requiere habilitación profesional?

[X] Si [ ] 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.

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

	Nivel de dominio			
IDIOMAS	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.

1 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	[X]	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:

1 año

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*

[X] ***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)

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 REGIONAL ALTIPLANO PUNO:** EP Challapalca (01)
DURACION DEL CONTRATO	INICIO : a la firma del contrato
	TERMINO : 31 de diciembre del 2020
REMUNERACION MENSUAL	Sueldo: S/. 11,000
	Incluye los montos y afliaciones de ley, asi como toda deduccion aplicable al trabajador

CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

2DA CONVOCATORIA CAS N° 149 - 01 MEDICO CIRUJANO - SUBDIRECCION DE SALUD

De acuerdo a lo establecido en el numeral 27.2 del articulo 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	**EP CHALLAPALCA (01)**
DURACIÓN DEL CONTRATO	INICIO: a la firma del contrato TERMINO: 31 de diciembre 2020 (sujeto a renovación)
CONTRAPRESTACIÓN	S/11000.00 Asi como toda deducción aplicable al trabajador

CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

	ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	AREA RESPONSABLE
CONVOCATORIA			
1	Publicación de la Convocatoria en www.inpe.gob.pe	Del 01/10/2020 al 04/10/2020	Unidad de Recursos Humanos
2	Presentación de hoja de vida documentada al correo: **seleccion.cascovid@inpe.gob.pe** En el horario de 08:00 am a 04:00 pm, colocar en el asunto del correo: **CAS N° 149 - MEDICO CIRUJANO** **Los documentos a presentar en formato PDF son:** 1. Ficha de Inscripción (Formato N° 01). 2. Solicitud de Inscripción como postulante (Anexo N° 3), **indicar el E.P donde postula** 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 01 año de experiencia especifica 11. Resolución de SERUMS (opcional). **Los documentos a presentar deben estar contenidos en un sólo archivo el cual no debe exceder los10 MB.** (Los postulantes que no cumplan con lo indicado serán descalificados del proceso)	Del 02/10/2020 al 04/10/2020	Unidad de Recursos Humanos
SELECCIÓN			
3	Evaluación Curricular	05/10/2020	Comité de selección
4	Publicación de Resultado final: www.inpe.gob.pe	05/10/2020	Unidad de Recursos Humanos
SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO			
5	Suscripción de Contrato	06/10/2020	Unidad de Recursos Humanos
6	Inicio de labores	06/10/2020	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 Nº -2020-INPE para cubrir plazas – D.L. Nº 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 Nº 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 Nº………………………..,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 alimentarías 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 INHABLITADO 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,____/_____/ 202___

_____

DNI.:_____

ANEXO Nº 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 laLey 27444 de SimplificaciónAdministrativa.

Lima, …….

Huella Digital
Índice Derecho

Nombres y Apellidos……
DNI: ……..

ANEXO Nº 09

DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO

Señores del Instituto Nacional Penitenciario:

Yo, ……..... identificado (a) con DNI Nº……. domiciliado en …… Distrito…… Provincia…… y Departamento……., de Estado civil ……, postulante al Proceso de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios Nº……..., al amparo del principio de veracidad establecido en el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar de la Ley Nº27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y de lo dispuesto en los artículos 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 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:

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 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.: _____