

PROCESO CAS N° 05 - 2018 - INPE/ ORL

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica	:	Subdirección de Tratamiento.
Denominación	:	No tiene
Nombre del puesto	:	Médico Cirujano
Dependencia Jerárquica Lineal	:	Subdirección de Tratamiento ORL - Coordinación de Salud Penitenciaria ORL
Dependencia Jerárquica funcional	:	Área de Salud del E.P ANCON II (1), ANCON I (1) y HUARAL (1)
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

- Atender por consultorio externo y en hospitalización del E.P. a los pacientes que así lo requieran en coordinación con la Jefatura de Salud, de lunes a sábado de 08:00 a 14:00 horas.
- Fortalecer la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de tuberculosis.
- Realizar la evaluación de contactos correspondientes a los pacientes con TBC.
- Elaboración, seguimiento y monitoreo de las posologías.
- Monitoreo y evaluación de expedientes clínicos de pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) y Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR).
- Investigación clínica y operativa de los casos de Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) y Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR).
- **Cubrir turnos de guardia médica previa autorización de la Coordinación Regional de Salud ORL.**
- Registrar sus atenciones y/o actividades en la Hoja HIS a diario, haciendo el llenado adecuado de la misma (indicando condición de nuevo, continuador, reingreso, entre otros), debiendo solicitar la Visación del Jefe del Área y/o el encargado del Área de Salud, dejando un ejemplar a la secretaria del Área de Salud para procesar las estadísticas.
- Realizar evaluación médica, elaborar informes médicos, Epicrisis y otros en el ámbito de su competencia a solicitud de las autoridades.
- Participar en las Juntas Medicas Penitenciarias ordinarias, extraordinarias e interinstitucionales a solicitud de las autoridades.
- Contribuir en la Elaboración, Ejecución y Evaluación del Plan de Trabajo Anual del área de salud.
- En coordinación con la Jefatura de Salud, participar en la elaboración de requerimiento mensual de medicamentos.
- Integrar el Equipo Interdisciplinario del E.P. en coordinación con el Jefe de Salud.
- **Realizar búsqueda activa y detección en consulta externa de sintomático-respiratorios, indicando Baciloscopia de diagnóstico y seguimiento diagnóstico de ser el caso.**
- Realizar detección en consulta externa de infecciones de transmisión sexual considerando el manejo Síndromico correspondiente.
- **Realizar la evaluación mensual de los pacientes con TBC y/o que cuentan con TARGA.**
- Participar en las actividades preventivo-promocionales de las Estrategias Sanitarias de las Enfermedades Prevalentes en el espacio geográfico donde se encuentran (Tuberculosis, ITSS; Hipertensión arterial, diabetes



- mellitus, etc.).
- Participar en la elaboración de los informes epidemiológicos y estadísticos.
 - Disponibilidad de desplazarse a cualquier establecimiento penitenciario de la Oficina Regional Lima del INPE.
 - Otras actividades conexas y/o complementarias que la autoridad superior indique ante la necesidad de servicio.

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 type="checkbox"/>
<input 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
<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		



Egresado

Titulado

C) ¿Se requiere colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional? ¿Requiere haber realizado SERUMS?

Sí No

Sí No

CONOCIMIENTOS

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

- Nociones en manejo de pacientes con TBC
- Nociones en manejo de pacientes con ITS
- Nociones en manejo de pacientes con TARGA
- Experiencia en manejo de situaciones de crisis y trabajo en equipo.

B.) 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.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas (Preferentemente con documentación sustentatoria).

	Nivel de dominio					Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado		IDIOMAS	No aplica	Básico	Intermedio
OFIMÁTICA									
Word			X		Inglés		X		
Excel			X					
Powerpoint		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.

<input type="checkbox"/>	Practicante profesional	<input type="checkbox"/>	Auxiliar o Asistente	<input type="checkbox"/>	Analista/Especialista	<input type="checkbox"/>	Supervisor/Coordinador	<input type="checkbox"/>	Jefe de Área o Dpto.	<input type="checkbox"/>	Gerente o Director
<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajador Asistencial de la Salud:		MÉDICO CIRUJANO								

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:

<input checked="" type="checkbox"/>	Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público.	<input type="checkbox"/>	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, INCLUIDO EL SERUMS.

*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 ORL- INPE.

HABILIDADES O COMPETENCIAS

- Nociones de manejo de Tuberculosis y TARGA
- Manejo en situaciones de crisis y trabajo en equipo.
- Capacidad de liderazgo y toma de decisiones.

CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Área de Salud del E.P : ANCON II (1), ANCON I (1), HUARAL (1).
DURACIÓN DEL CONTRATO	INICIO: A la firma del contrato. TERMINO:



REMUNERACIÓN MENSUAL	S/.4,500.00 (Cuatro mil quinientos y 00/100 Nuevos Soles) Incluyen montos y afiliaciones de ley, así como toda deducción aplicable al trabajador.
OTRO	Los postulantes a las plazas de provincia, preferentemente deben ser de la localidad a la que están postulando.



CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLES
LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO	03 MEDICOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS PENALES :
	EP ANCON
	EP ANCON II EP HUARAL
DURACION DEL CONTRATO	INICIO : a la firma del contrato TERMINO : 31/12/2018
REMUNERACION MENSUAL	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	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 4º 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	Publicacion 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 4º Piso - Av. Abancay s/n cuadra,5 Lima	20/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
8	Publicacion de Resultado final : www.inpe.gob.pe	21/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE CONTRATO			
9	Suscripcion de Contrato	22/08/2018	Unidad de Recursos Humanos
10	Registro del Contrato	22/08/2018	Unidad de Recursos Humanos

ANEXO N° I

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

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 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 , **DECLARO 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 adeudó 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 adeudó 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 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 Dialogo y la Reconciliación Nacional"

DECLARACION JURADA
DOBLE PERCEPCION DEL ESTADO

El/la que suscribe, identificado con DNI
Nº 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

Nombre 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 enDistrito....., 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 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.: _____

