

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

| | |
|---|---|
| Unidad Orgánica | : Subdirección de Tratamiento. |
| Denominación | : No tiene |
| Nombre del puesto | : Técnico en Laboratorio |
| Dependencia Jerárquica Lineal Penitenciaria ORL | : Subdirección de Tratamiento ORL - Coordinación de Salud |
| Dependencia Jerárquica funcional | : Área de Salud del E.P. Ancón II |
| 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

- Elaborar el Pedido mensual de insumos a la Farmacia Central y remitirlo a la Sub Dirección de Tratamiento de acuerdo al cronograma establecido, para su visación y trámite correspondiente.
- Participar junto con los profesionales prescriptores en el Requerimiento anual de medicamentos, insumos de Laboratorio, material médico, odontológico, instrumental médico quirúrgico, etc.
- Recepción y proceso de muestras de lunes a sábado a la población penal que requieren con orden médica.
- Experiencia de trabajo en recepción, obtención y registro de muestras laboratorios de salud pública.
- Experiencia en ingreso de información en base datos y formatos correspondientes
- Experiencia toma de muestras de sangre
- Interpretación y lectura de resultados
- Preparación de materiales de laboratorio
- Limpieza y lavado de materiales
- Elaboración de informes narrativos, estadísticos y bacteriológicos
- Coordinaciones con las Estrategias Sanitarias de PCT – PROCETTS (Cultivos, CD4, Carga Viral y Confirmatorio)
- Otros que le asigne la Jefatura de Salud del E.P.

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 ACADÉMICA

D) Formación Académica

Incompleta Completa

| | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Secundaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Técnica Básica (1 o 2 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Técnica Superior (3 o 4 años) | <input type="checkbox"/> | X | TÉCNICO EN LABORATORIO |
| <input type="checkbox"/> | Universitario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | | |
|--------------------------|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Egresado (a) | |
| <input type="checkbox"/> | Bachiller | |
| <input type="checkbox"/> | Título / Licenciatura | |

| | | | |
|--------------------------|-----------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Maestría | | |
| <input type="checkbox"/> | Egresado | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Doctorado | | |
| <input type="checkbox"/> | Egresado | | <input type="checkbox"/> |

F) ¿Se requiere colegiatura?

| | | | |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|

¿Requiere habilitación profesional? ¿Requiere haber realizado SERUMS?

| | | | |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|

| | | | |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No |
|--------------------------|----|-------------------------------------|----|



CONOCIMIENTOS

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

- Procesamiento de muestras
- Elaboración de informes de resultados
- Bioseguridad
- Experiencia en manejo de situaciones de crisis y trabajo en equipo.

E.) 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.

F.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas (Con documentación sustentatoria).

| OFIMÁTICA | Nivel de dominio | | | |
|------------|------------------|--------|------------|----------|
| | No aplica | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Word | | | X | |
| Excel | | | X | |
| Powerpoint | | 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.

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 : | TÉCNICO EN LABORATORIO |
|--|------------------------|

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

*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 ORLINPE.

| HABILIDADES O COMPETENCIAS |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Manejo en situaciones de crisis y trabajo en equipo. • Empático con capacidad de liderazgo y toma de decisiones. • Creativo, proactivo, capacidad de trabajo en equipo multidisciplinario • Disponibilidad inmediata |

| CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO | |
|-------------------------------------|---|
| CONDICIONES | DETALLES |
| LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO | Área de Salud del E.P. Ancón II. |
| DURACIÓN DEL CONTRATO | INICIO: A la firma del contrato TERMINO: |
| REMUNERACIÓN MENSUAL | S/.1,500.00 (Un mil quinientos y 00/100 Soles) Incluyen montos y afiliaciones de ley, así como toda deducción aplicable al trabajador. |
| OTRO | Los postulantes a la plaza preferentemente deben ser de la localidad. |



CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

| CONDICIONES | DETALLES |
|---------------------------------|---|
| LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO | TECNICO EN LABORATORIO |
| | Establecimiento Penal Modelo Ancon II |
| DURACION DEL CONTRATO | INICIO : a la firma del contrato TERMINO : 31/12/2018 |
| REMUNERACION MENSUAL | 1.500.00 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 | Mesa de Partes del |
| | | 15/08/2018 | INPE |
| SELECCIÓN | | | |
| 5 | Evaluación de la Hoja de vida | 16/08/2018 | Unidad de Recursos Humanos |
| 6 | Publicación 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° 1

"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 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 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, ____/____/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

Nombres 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 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.: _____