# ANEXO 02

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS PARA TRES DIGITADORAS/RECEPCIONISTAS

## I. GENERALIDADES

**1. Objeto de la convocatoria**

Contratar los servicios de personal natural que preste servicios como Digitadoras/Recepcionistas

**2 Dependencia, unidad orgánica y/o área solicitante**

Departamento de Radiodiagnóstico.

**3. Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación**

OFICINA DE RECURSOS HUMANOS - AREA DE SELECCIÓN - CONTRATOS CAS

**4. Base legal**

a. Decreto Legislativo Nº 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
b. Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, Decreto Supremo Nº075-2008-PCM, modificado por Decreto Supremo Nº 065-2011-PCM.
c. Las demás disposiciones que regulen el Contrato Administrativo de Servicios.

## II. PERFIL DEL PUESTO

| REQUISITOS | DETALLE |
|---|---|
| Competencias | **Alto sentido de responsabilidad, capacidad para trabajar en equipo y bajo presión. Proactividad y comunicación a todo nivel.** |
| Formación Académica, grado académico y/o nivel de estudios | **Estudios de Secretariado Ejecutivo de nivel Técnico Superior.** |
| Cursos y/o estudios de especialización | **Haber realizado cursos de capacitación de la especialidad.** |
| **Conocimientos para el puesto y/o cargo:** mínimos o indispensables y deseables | **Manejo de Excel, Word y Power point. Etc.** |
| | **Capacidad para tratar público** |
| | **Velocidad en digitación** |
| | **Conocimiento de archivo documentario** |
| | **Etica y Valores: Solidaridad y honradez** |

## III. Principales funciones a desarrollar:

a. Manejo del SISINEN.
b. Programación de citas e indicaciones a los pacientes que acuden al Departamento de Radiodiagnóstico
c. Verificación de las solicitudes de estudios radiológicos, fracturación, así como del estado de los exámenes radiológicos
d. Elaboración de las hojas FUA para las atenciones de pacientes del SIS, así como hacer los reportes.
e. Atención y buen trato a los pacientes, público y al personal que labora en el Departamento
f. Hacer el reporte del trabajo diario de los exámenes programados para las distintas salas del Departamento
g. Transcripción de informes radiológicos dictados por el personal médico radiólogo
h. Cumplir con las rotaciones por las áreas, turnos y horarios establecidos por el Director del Departamento
i. Otras funciones que le asigne el Director del Departamento de Radiodiagnóstico.

## IV.

| CONDICIONES | DETALLE |
|---|---|
| Lugar de prestación del servicio | **Departamento de Radiodiagnóstico** |
| Duración del contrato | Inicio: Desde la firma de contrato CAS.<br>Término: 31-12-2014 |
| Remuneración mensual | **S/.1,200.oo ( Mil doscientos nuevos soles )** |
| Otras condiciones esenciales del contrato | Las postulantes deben tener disponibilidad para cubrir horarios: mañana-tarde, de lunes a sábado ( 48 hrs. ) |

RADIODIAGNÓSTICO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - DIRECCION GENERAL DIGAD

## V. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

| | ETAPAS DEL PROCESO |
|---|---|
| | Aprobación de la Convocatoria |
| | Publicación del proceso en el Servicio Nacional del Empleo |
| | **CONVOCATORIA** |
| 1 | Publicación de la convocatoria en la portal web institucional (www.inen.sld.pe/portal/cas) |
| 2 | Presentación de la hoja de vida documentada en sobre cerrado en la siguiente dirección: Av. Angamos Este 2520 - Surquillo (Oficina de Trámite Documentario) |
| | **SELECCIÓN** |
| 3 | Evaluación de la hoja de vida |
| 4 | Publicación de resultados de la evaluación de la hoja de vida en el portal web institucional |
| 5 | Entrevista<br>Lugar: Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento<br>Of. 231- 2do. Piso. |
| 6 | Publicación de resultado final en en el portal web institucional |
| | **SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO** |
| 7 | Suscripción del Contrato y registro del Contrato |

## VI. DE LA ETAPA DE EVALUACIÓN

Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán un máximo y un mínimo de puntos, distribuyéndose de esta manera:

| | | |
|---|---|---|
| **EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA** | **50%** | |
| a. Experiencia | **35%** | **5** |
| | **[illegible]** | **5** |
| c. Otros factores *( de ser el caso)* | **5%** | **5** |
| **Puntaje Total de la Evaluación de la Hoja de Vida** | **50%** | **15** |
| **OTRAS EVALUACIONES** | **0%** | |
| a. Evaluación escrita | **0%** | **0** |
| b. Otra evaluación | **0%** | **0** |
| Puntaje Total Otras Evaluaciones | | |
| **ENTREVISTA** | **50%** | **10** |
| **PUNTAJE TOTAL** | **100%** | |

**El puntaje aprobatorio será de 70 puntos cómo mínimo**

## VII. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

**De la presentación de la Hoja de Vida:**

La información consignada en la hoja de vida tiene carácter de declaración jurada, por lo que el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

V°B° INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - DPTO. RADIODIAGNÓSTICO

V°B° INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - DIRECCIÓN GENERAL DISAD

VIII.

1. **Declaratoria del proceso como desierto**

El proceso puede ser declarado desierto en alguno de los siguientes supuestos:

a. Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
b. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
c. Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las etapas de

2. **Cancelación del proceso de selección**

El proceso puede ser cancelado en alguno de los siguientes supuestos, sin que sea responsabilidad de la entidad:

a. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
b. Por restricciones presupuestales.
c. Otras debidamente justificadas

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - DPTO. RADIODIAGNÓSTICO V°B°

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - V°B° DIRECCIÓN GENERAL DISAD

# CONVOCATORIA CAS
# TRES (03) DIGITADORAS/RECEPCIONISTAS
# DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNÓSTICO

## CRONOGRAMA OFICIAL Y ETAPAS DEL PROCESO

| | ETAPAS DEL PROCESO | CRONOGRAMA | ÁREA RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| | Aprobación de la Convocatoria | | Jefatura Institucional |
| | Publicación en el Servicio Nacional del Empleo | 10 días anteriores a la convocatoria | Área de Selección – Contratos-CAS |
| **CONVOCATORIA** | | | |
| 1 | Publicación de la convocatoria en la portal web institucional (www.inen.sld.pe/portal/cas) | **18/Junio/2014** | Área de Selección – Contratos-CAS |
| 2 | Presentación de la hoja de vida documentada en sobre cerrado en la siguiente dirección: Av. Angamos Este 2520 - Surquillo (Oficina de Trámite Documentario) | **Del 19 al 25 de Junio de 2014** | OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO |
| **SELECCIÓN** | | | |
| 3 | Evaluación de la hoja de vida | **26/Junio/2014** | Comisión Evaluadora de Postulantes Según RJ N°450-2010-J/INEN |
| 4 | Publicación de resultados de la evaluación de la hoja de vida en el portal web institucional | **27/Junio/2014** | Comisión Evaluadora de Postulantes Según RJ N°450-2010-J/INEN |
| 5 | Entrevista<br>Lugar: _____ | **30/Junio/2014** | Comisión Evaluadora de Postulantes Según RJ N°450-2010-J/INEN |
| 6 | Publicación de resultado final en el portal web institucional | **01/Julio/2014** | Comisión Evaluadora de Postulantes Según RJ N°450-2010-J/INEN |
| **SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO** | | | |
| 7 | Suscripción del Contrato y registro del Contrato | **Del 02 al 08 de julio de 2014** | Área de Selección – Contratos-CAS |

Dra. MARIELA POW SANG GODOY
DIRECTORA GENERAL
Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnostico y Tratamiento
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

# ANEXO Nº 03

## RESUMEN DE LA CONVOCATORIA CAS

| ESPECIALIDAD | CANTIDAD | HONORARIO MENSUAL | META FUENTE | PERIODO DE VIGENCIA DEL CONTRATO CAS |
|---|---|---|---|---|
| DIGITADORAS/RECEPCIONISTAS Dpto. Radiodiagnóstico | 03 | S/. 1,200.00 | R0-56 | 31/12/2014 |

| | |
|---|---|
| **LUGAR DE ENTREGA DE SOBRES DE LOS POSTULANTES** | **OFICINA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO** DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS, SITO EN LA AV. ANGAMOS ESTE. N° 2520 – SURQUILLO |
| **HORARIO DE ATENCION** | DE 8:30am a 1:00 pm (HORA EXACTA)<br>NO SE RECEPCIONARAN SOBRES DESPUES DE LA 01:00pm. |

| | |
|---|---|
| **PERIODO DE PRESENTACION DE SOBRES CERRADOS** | **INICIO : 19 DE JUNIO DE 2014**<br>**FINALIZACION : 25 DE JUNIO DE 2014** |

| | |
|---|---|
| **CONSULTAS** | 201-6500 anexo 1112 - AREA DE CONTRATOS CAS<br>OFICINA DE RECURSOS HUMANOS |
| **FORMA DE PRESENTACION** | EN SOBRE MANILA SELLADO CON EL PRESENTE ANEXO, RESUMEN DE LA CONVOCATORIA CAS (pegado en la parte externa y visible del sobre).<br>EL CURRICULUM VITAE (HOJA DE VIDA) NO DEBERA ESTAR ANILLADO NI ESPIRALADO, PRESENTARLO COMPLETAMENTE DOCUMENTADO EN FOTOCOPIA SIMPLE, **NUMERADO Y FIRMADO POR EL POSTULANTE EN CADA UNA DE SUS HOJAS,** PRESENTADO EN UN FOLDER MANILA A4 CON ACOFASTER<br>ES OBLIGATORIO QUE TODOS LOS ANEXOS ADJUNTOS (Nºs: 02; 04; 07; 08 y 09) SE PRESENTEN DEBIDAMENTE LLENADOS (todos al interior del sobre). |
| **NOTA** | UNA VEZ ADJUDICADA LA VACANTE, **EL POSTULANTE GANADOR DEBERA PRESENTAR LOS DOCUMENTOS QUE SE LE SOLICITARÁ AL MOMENTO DE LA PUBLICACIÓN DEL RESULTADO FINAL DE LA PRESENTE CONVOCATORIA (Anexo 06) A FIN DE PROCEDER A LA FIRMA DEL CORRESPONDIENTE CONTRATO**, PARA LO CUAL TENDRA 05 DIAS HÁBILES DE PLAZO MÁXIMO, COMPUTADOS DESDE LA FECHA DE PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS FINALES.<br>**MEDIANTE SOLICITUD DIRIGIDA A LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS, EL POSTULANTE DECLARADO "NO APTO", PODRÁ SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DE SU SOBRE DURANTE LOS 30 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA CULMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONVOCATORIA, PASADO DICHO PLAZO NO SE EFECTUARÁN DEVOLUCIONES, TODA VEZ QUE DICHOS SOBRES SERÁN DESECHADOS LUEGO DE TRANSCURRIDO EL MENCIONADO PLAZO, SIN MEDIAR LUGAR A RECLAMO ALGUNO.** |

**APELLIDOS y NOMBRES** _____

**FIRMA DEL POSTULANTE** _____

## ANEXO Nº 04

# DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE CAS

FOTO

## I. DATOS GENERALES

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Lugar | día /mes /año | edad

NACIONALIDAD: | ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | RUC:

DIRECCIÓN: Avenida/Calle | Nº | Dpto.

CIUDAD: | DISTRITO:

TELÉFONO: | CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL DE:(SI APLICA)

REGISTRO Nº: | LUGAR DEL REGISTRO

## II. PERSONA CON DISCAPACIDAD

EL POSTULANTE ES DISCAPACITADO:

SI ☐ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDICAR EL Nº DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

## III. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

EL POSTULANTE ES LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:

SI ☐ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ADJUNTAR COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO OFICIAL EMITIDO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE QUE ACREDITE SU CONDICIÓN DE LICENCIADO.

## ANEXO Nº 07

## DECLARACION JURADA PARA EVITAR NEPOTISMO

**Ley Nº 26771 – D.S. Nº 021-2000-PCM - D.S. Nº 034 -2005-PCM**

Señores:

Por el presente documento Yo, .....identificado (a) con DNI Nº ..... y domiciliado (a) en ..... .....; en virtud a lo dispuesto en la Ley Nº 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000 PCM, modificado mediante Decretos Supremos Nº 017-2002-PCM Y 034-2005-PCM; y al amparo del Artículo Preliminar 1.7 de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, en pleno ejercicio de mis derechos civiles DECLARO BAJO JURAMENTO que:

| SI | NO |
|---|---|

Cuento con parientes hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad y/o Cónyuge que a la fecha se encuentra prestando servicios en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

| Nombre completo de la persona relacionada | Grado de Parentesco (Hasta 4º grado de consanguinidad o 2º de afinidad) y/o Vinculo Conyugal | Oficina en la que presta servicios |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Declaro asimismo que para proceder a llenar la presente Declaración Jurada, he revisado la relación de todo el personal que presta servicios en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ingresando para ello a través de la Web al Portal Institucional – Transparencia; así como declaro someterme a la normatividad vigente y a las responsabilidades civiles y/o penales que se pudieran derivar en caso que alguno de los datos consignados sean falsos, siendo pasible de cualquier fiscalización posterior que la Institución considere pertinente.

Fecha .....

Firma

## ANEXO Nº 08

## DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE PROHIBICIONES E IMPEDIMENTOS, PARA SER CONTRATADO POR EL ESTADO

Por el presente documento, Yo ..... identificado (a) con DNI Nº ....., con pleno conocimiento de las normas legales acotadas DECLARO BAJO JURAMENTO que:

a) No tengo impedimento de contratar con el Estado en la Modalidad Especial de Contratación Administrativa de Servicios, ni estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el D.S. Nº 019-02-PCM.
b) Tengo conocimiento y acepto el contenido y alcance de los requisitos establecidos por el INEN, de los servicios a brindar al que postula.
c) Tener disponibilidad inmediata, en el caso de ser seleccionado.
d) No me encuentro inhabilitado por el Colegio Profesional, al cual pertenezco. Así como no me encuentro suspendido temporalmente del Registro, ni excluidas del mismo.
e) No tengo sanciones por haber infringido el Código de Ética del Servidor Público, ni me encuentro con sanción vigente.
f) No me encuentro inhabilitado para desempeñar función pública, derivado de mi ejercicio como funcionario o servidor público.
g) No mantengo proceso judicial, arbitral o administrativo pendiente con ninguna Entidad del Estado.
h) No percibo ingreso alguno de parte del Estado, ni como nombrado, ni como contratado, ni como pensionista, salvo contraprestación que provenga de la actividad docente o por ser miembros únicamente de un órgano colegiado.
i) No haber sido sancionado por el OSCE, como locador de Servicios.

Asimismo, he sido informado de los alcances del artículo 3º - Definición del Contrato Administrativo de Servicios del Decreto Legislativo Nº 1057 y del Artículo 1º del Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.

### CONSIDERACIONES FINALES

Declaro bajo juramento que me acojo a la presunción de veracidad establecida en los articulos IV del Título Preliminar y 42º de la Ley N° 27444; declarando asimismo, conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de ésta declaración conforme lo regula el artículo 32° de la citada Ley y el artículo 411º del Código Penal.

Fecha, .....

**Firma**

# ANEXO Nº 09

## DECLARACION JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES, JUDICIALES Y/O PENALES

Por el presente documento Yo, ..... identificado con DNI Nº ..... y domiciliado (a) en ....., con pleno conocimiento de las normas acotadas DECLARO BAJO JURAMENTO no tener antecedentes policiales, judiciales y/o penales a la fecha.

**CONSIDERACIONES FINALES**

Declaro bajo juramento que me acojo a la presunción de veracidad establecida en los artículos IV del Título Preliminar y 42° de la Ley Nº 27444; declarando asimismo, conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de ésta declaración conforme lo regula el artículo 32° de la citada Ley y el artículo 411° del Código Penal.

Fecha .....

_____

Firma