ANEXO 02

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS PARA 01 TECNICO ADMINISTRATIVO

I. GENERALIDADES

1. Objeto de la convocatoria

Contratar los servicios de personal natural que preste servicios como Tecnico Administrativo para la Oficina de Seguros (01)

2 Dependencia, unidad orgánica y/o área solicitante

Oficina de Seguros - DASP - DISAD

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
Experiencia :	**Experiencia minima de un año en el Sector Salud**
Competencias	**Proactividad, trabajo en equipo, responsabilidad**
Formación Académica, grado académico y/o nivel de estudios	**Estudios Universitarios como mínimo II ciclo en carreras afines de Administración**
Cursos y/o estudios de especialización	**Cursos o Talleres afines en Administración**
Conocimientos para el puesto y/o cargo: mínimos o indispensables y deseables	**Conocimientos de Computación Word, Excel y Power Point** **Conocimientos de SISINEN,**

III. CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO

Principales funciones a desarrollar:

a. Atención de usuarios internos y externos de la Oficina de Seguros
b. Registro de Formatos Únicos de Atención generados en los diversos módulos de atención a los pacientes asegurados al SIS en el ARFSIS
c. Orientación e información sobre los servicios que se brindan en el Instituto / Proceso de Admisión, proceso de atención y cobertura para pacientes beneficiarios del SIS
d. Registro / Recepción de pacientes que acuden a: consulta externa / apoyo al diagnóstico, hosp. Cirugías ambulatorias
e. Seguimiento a pacientes (control de cuentas/ servicios) movimientos de estados de cuentas
f. Recepción, clasificación, elaboración y archivo del acervo documentario de la Ofc. Seguros
g. Otras Funciones que le asigne la coordinación de la Oficina de Seguros

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - OPE - V°B° OFICINA DE SEGUROS

IV. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	**Oficina de Seguros**
Duración del contrato	Inicio: Suscripcion del Contrato Término: 03 Meses desde la Suscripcion del Contrato

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - OPE - DIRECCION EJECUTIVA DASP

Remuneración mensual	**S/. 1,300.00 (Mil trescientos con 00/100 nuevos soles)**
Otras condiciones esenciales del contrato	**Disponibilidad para cumplir horarios rotativos**

V. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

	ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	ÁREA RESPONSABLE
	Aprobación de la Convocatoria		JEFATURA INSTITUCIONAL
	Publicación del proceso 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)		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)		OFICINA DE TRAMITE 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 Lugar: _____		
6	Publicación de resultado final en en el portal web institucional		
SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO			
7	Suscripción del Contrato y registro del Contrato		Área de Selección - Contratos CAS

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:

EVALUACIONES	PESO	PUNTAJE MÍNIMO	PUNTAJE MÁXIMO
EVALUACIÓN DE LA HOJA DE VIDA	**50%**		
a. Experiencia	**35%**	**5**	**35**
b. Cursos o estudios de especialización (*de ser el caso*)	**10%**	**5**	**10**
c. Otros factores *(de ser el caso)*	**5%**	**5**	**5**
Puntaje Total de la Evaluación de la Hoja de Vida	**50%**	**15**	**50**
OTRAS EVALUACIONES	**0%**		
a. Evaluación escrita	**0%**	**0**	**0**
b. Otra evaluación	**0%**	**0**	**0**
Puntaje Total Otras Evaluaciones			**0**
ENTREVISTA	**50%**	**10**	**50**
PUNTAJE TOTAL	**100%**		**100**

El puntaje aprobatorio será de 70 puntos cómo mínimo

VII. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

De la presentación de la Hoja de Vida:

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - OPE - DIRECCIÓN EJECUTIVA DASP

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - OPE - V°B° OFICINA DE SEGUROS

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.

VIII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACIÓN DEL PROCESO

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 evaluación del proceso.

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

MC. DORIS CARDENAS BERROCAL
Coordinadora de la Oficina de Seguros
CMP. 26829
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
V°B°
OFICINA DE SEGUROS
OPE

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
V°B°
DIRECCION EJECUTIVA DASP
OPE

CONVOCATORIA CAS
UNA (01) TECNICO ADMINISTRATIVO
OFICINA DE SEGUROS

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)	**30/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 01 al 07 de Julio de 2014**	OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO
	SELECCIÓN		
3	Evaluación de la hoja de vida	**08/Julio/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	**09/Julio/2014**	Comisión Evaluadora de Postulantes Según RJ N°450-2010-J/INEN
5	Entrevista Lugar: _____	**10/Julio/2014**	Comisión Evaluadora de Postulantes Según RJ N°450-2010-J/INEN
6	Publicación de resultado final en el portal web institucional	**11/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 14 al 18 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
TECNICO ADMINISTRATIVO Oficina de Seguros – Dpto. Atención de Servicios al Paciente	01	S/. 1,300.00	SIS-61	30/09/2014

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) NO SE RECEPCIONARAN SOBRES DESPUES DE LA 01:00pm.

PERIODO DE PRESENTACION DE SOBRES CERRADOS	**INICIO : 01 DE JULIO DE 2014** **FINALIZACION : 07 DE JULIO DE 2014**

CONSULTAS	201-6500 anexo 1112 - AREA DE CONTRATOS CAS 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). 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 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. **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 N°: | 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 N° ..... 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 Articulo 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 4° grado de consanguinidad o 2° 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 artículos 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 42º 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 411º del Código Penal.

Fecha .....

_____

Firma