



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION”

ANEXO 02

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS PARA UN QUIMICO FARMACEUTICO

I. GENERALIDADES

1. **Objeto de la convocatoria**
Contratar los servicios profesionales de 01 QUIMICO FARMACEUTICO, CENTRAL DE MEZCLAS ONCOLOGICAS
2. **Dependencia, unidad orgánica y/o área solicitante**
DEPARTAMENTO DE FARMACIA
3. **Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación**
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS - AREA DE SELECCIÓN - CONTRATOS CAS
4. **Base legal**
 - a. Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
 - b. Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, Decreto Supremo N°075-2008-PCM, modificado por Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.
 - c. Las demás disposiciones que regulen el Contrato Administrativo de Servicios.

II. PERFIL DEL PUESTO

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	Mínimo tres años de experiencia en el ejercicio profesional y deseable experiencia en preparaciones intravenosas.
Competencias	Proactividad, trabajo en equipo, trabajo bajo presión. Desempeño profesional conforme al código de ética y conducta, Toma de Decisiones y solución de problemas. Deseable con conocimiento de Ingles y manejo del entorno windows.
Formación Académica, grado académico y/o nivel de estudios	Título de Químico Farmacéutico
Cursos y/o estudios de especialización	Cursos de actualización y/o estudios de especialización referidos al trabajo, de preferencia.
Requisitos mínimos de Admisibilidad	. Fotocopia de DNI
	. Constancia de habilidad profesional vigente.
	. Copia de resolución del SERUMS, según Ley N°23330. Ley del Servicio Rural y Urbano marginal de Salud.
	. CURRICULUM VITAE documentado

III. CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO

Principales funciones a desarrollar:

- a. Preparación de mezclas intravenosas (principalmente productos oncológicos)
- b. Recepción , control de calidad de los insumos médicos y medicamentos que van a ser utilizados en las preparaciones oncológicas
- c. Recepción ,evaluación registro y conformidad de los esquemas terapéuticos emitidos por el médico tratante
- d. Asegurar que los esquemas de la preparación de las mezclas se realicen de acuerdo a los procedimientos escritos.
- f. Elaborar y presentar oportunamente los informes estadísticos u otros documentos solicitados por la jefatura.
- e. Cumplir con las medidas de bioseguridad y la normatividad vigente en el desarrollo de sus funciones.
- f. Realizar el control de calidad de producto terminado (mezcla oncológica).
- g. Otras funciones que le asigne el jefe de departamento para lograr los objetivos funcionales y cumplir la normativa vigente.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

Av. Angamos Este 2520, Lima – 34 Telf.: 201-6500 Fax: 620-4991 Web: www.inen.sld.pe e-mail: postmaster@inen.sld.pe



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION”

IV. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	Departamento de Farmacia - Central de Mezclas Oncológicas
Duración del contrato	Inicio: A la suscripción del Contrato. Término: 30 de Junio del 2015
Remuneración mensual	S/2,300 nuevos soles
Otras condiciones esenciales del contrato	Turnos rotativos en horarios y actividades

V. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

1.ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA	ÁREA RESPONSABLE
1.1 Aprobación de la Convocatoria		JEFATURA INSTITUCIONAL
1.2 Publicación del proceso en el Servicio Nacional del Empleo	10 días anteriores a la convocatoria	Área de Selección - Contratos CAS
2.CONVOCATORIA		
2.1 Publicación de la convocatoria en la portal web institucional (www.inen.sld.pe/portal/cas)		Área de Selección - Contratos CAS
2.2 Presentación de documentación solicitada en sobre cerrado en la siguiente dirección: Av. Angamos Este 2520 - Surquillo (Oficina de Trámite Documentario)		OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO
3.SELECCIÓN		
3.1 Evaluación de cumplimiento de requisitos mínimos y publicación de resultados en el portal web institucional		
3.2 OTRAS EVALUACIONES		
3.2.1 Evaluación escrita de conocimientos		
3.2.2 Publicación de evaluación escrita		
3.3 ENTREVISTA PERSONAL		
3.4 Publicación de resultado final en el portal web institucional		
4.SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO		
4.1 Suscripción del Contrato y registro del Contrato		Área de Selección - Contratos CAS





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION”

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
1.- EVALUACIÓN DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA	50%		
Experiencia: Por cada año 5 puntos	35%	5	35
Cursos o estudios de especialización (por cada curso 2 punto).	10%	5	10
Otros factores (de ser el caso): N/A	5%	5	5
Puntaje Total de la Evaluación de la Hoja de Vida	50%	15	50
2.- OTRAS EVALUACIONES	0%		
a. Evaluación escrita de conocimiento	0%	0	0
b. Otra evaluación:	0%	0	0
Puntaje Total Otras Evaluaciones			0
3.- ENTREVISTA PERSONAL	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:

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



[Signature]
Q.F. VENNY AGUIRRE ANCHIRACO
 Directora Ejecutiva del Departamento de Farmacia
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas**

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

**CONVOCATORIA CAS
UN (01) QUÍMICO FARMACÉUTICO III
DEPARTAMENTO DE FARMACIA - DISAD**

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)		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 25 de marzo al 07 de abril de 2015	OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO
SELECCIÓN			
3	Evaluación de la hoja de vida	08 abril 2015	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 abril 2015	Comisión Evaluadora de Postulantes según RJ N° 450-2010-J/INEN
5	Entrevista Lugar: _____	10 abril 2015	Comisión Evaluadora de Postulantes según RJ N° 450-2010-J/INEN
6	Publicación de resultado final en en el portal web institucional	13 abril 2015	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 de abril 2015 al 20 de abril 2015	Área de Selección - Contratos CAS

.....
Q.F. JENNY AGUIRRE ANCHIRACO
 Directora Ejecutiva del Departamento de Farmacia
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

ANEXO N° 03

RESUMEN DE LA CONVOCATORIA CAS

ESPECIALIDAD	CANTIDAD	HONORARIO MENSUAL	META FUENTE	PERIODO DE VIGENCIA DEL CONTRATO CAS
QUÍMICO FARMACÉUTICO III Departamento de Farmacia	01	S/. 2,300.00		20/07/2015
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 : 14 DE ABRIL DE 2015 FINALIZACION : 20 DE ABRIL DE 2015			
CONSULTAS	201-6500 anexo 2005 – 1145 AREA DE CONTRATOS CAS OFICINA DE RECURSOS HUMANOS			
FORMA DE PRESENTACION	<p>EN SOBRE MANILA CERRADO, CON EL PRESENTE ANEXO, <u>RESUMEN DE LA CONVOCATORIA CAS</u> (pegado en la parte externa y visible del sobre).</p> <p>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</p> <p>ES OBLIGATORIO QUE TODOS LOS ANEXOS ADJUNTOS (N°s: 02; 04; 07; 08 y 09) SE PRESENTEN DEBIDAMENTE LLENADOS (todos al interior del sobre).</p>			
NOTA	<p>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.</p> <p>MEDIANTE SOLICITUD DIRIGIDA A LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS, EL POSTULANTE DECLARADO “NO APTO”, PODRÁ SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DE SU SOBRE DURANTE LOS 05 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA CULMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONVOCATORIA, PASADO DICHO PLAZO NO SE EFECTUARÁN DEVOLUCIONES, TODA VEZ QUE DICHS SOBRES SERÁN DESECHADOS LUEGO DE TRANSCURRIDO EL MENCIONADO PLAZO, SIN MEDIAR LUGAR A RECLAMO ALGUNO.</p>			

APELLIDOS y NOMBRES _____

FIRMA DEL POSTULANTE _____

ANEXO N° 04

**DATOS PERSONALES DEL
POSTULANTE CAS**



I. DATOS GENERALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
<input type="text"/>			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Lugar	día /mes /año	edad
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL:	<input type="text"/>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	<input type="text"/>	RUC:	<input type="text"/>
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>		
	Avenida/Calle	N°	Dpto.
CIUDAD:	<input type="text"/>	DISTRITO:	<input type="text"/>
TELÉFONO:	<input type="text"/>	CELULAR:	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>		
COLEGIO PROFESIONAL DE:(SI APLICA)	<input type="text"/>		
REGISTRO N°:	<input type="text"/>	LUGAR DEL REGISTRO	<input type="text"/>

II. PERSONA CON DISCAPACIDAD

EL POSTULANTE ES DISCAPACITADO:

SI

NO

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDICAR EL N° 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 N° 07

DECLARACION JURADA PARA EVITAR NEPOTISMO

Ley N° 26771 – D.S. N° 021-2000-PCM - D.S. N° 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 N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000 PCM, modificado mediante Decretos Supremos N° 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.

_____	_____	_____
<u>Nombre completo de la persona relacionada</u>	<u>Grado de Parentesco</u> (Hasta 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad) y/o Vínculo Conyugal	Oficina en la que presta servicios
_____	_____	_____
<u>Nombre completo de la persona relacionada</u>	<u>Grado de Parentesco</u> (Hasta 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad) y/o Vínculo Conyugal	Oficina en la que presta servicios
_____	_____	_____
<u>Nombre completo de la persona relacionada</u>	<u>Grado de Parentesco</u> (Hasta 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad) y/o Vínculo 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 N° 08

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

Por el presente documento, Yo, _____
identificado (a) con DNI N° _____, 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. N° 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 3° - Definición del Contrato Administrativo de Servicios del Decreto Legislativo N° 1057 y del Artículo 1° del Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N° 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 42° 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 411° del Código Penal.

Fecha _____

Firma _____

ANEXO N° 09

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

Por el presente documento Yo, _____,
identificado con DNI N° _____ 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 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 411° del Código Penal.

Fecha _____

Firma _____