



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

CONVOCATORIA DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - 2020 COVID 19 INR - CHORRILLOS

I. GENERALIDADES:

1.1. ENTIDAD CONVOCANTE:

Unidad Ejecutora 125 – Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón - RUC N.º 20131377577.

1.2. DOMICILIO LEGAL:

Av. Defensores del Morro 264, Chorrillos 15057

1.3. OBJETO DE CONVOCATORIA:

Contratar personal asistencial en la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios, en el marco del D.U. N.º 029-2020 y sus modificatorias, destinados a la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus (Covid19), en la Unidad Ejecutora 125 – Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón.

CONSOLIDADO DE REQUERIMIENTOS PARA LA CONTRATACION DE CAS COVID - 19
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERU - JAPON

	PROFESION	ESPECIALIDAD	CARGO AL QUE POSTULA	PEAS A CONTRATAR	RETRIBUCION MENSUAL
DIRECCION EJECUTIVA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN FUNCIONES MOTORAS	MEDICO CIRUJANO	MEDICINA INTERNA/MEDICINA INTENSIVA/MEDICINA EN EMERGENCIA Y DESASTRES/OTRAS ESPECIALIDADES	MEDICO ESPECIALISTA	14	9000
	MEDICO CIRUJANO	REHABILITACION	MEDICO ESPECIALISTA	3	9000
	MEDICO CIRUJANO		ESPECIALISTA EN GESTION EN SALUD	1	10000
	PSICOLOGIA		PSICOLOGO/A	1	4000
	TRABAJO SOCIAL		TRABAJADOR SOCIAL	1	4000
	SUB TOTAL				20
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	MEDICO CIRUJANO	PATOLOGIA CLINICA	MEDICO ESPECIALISTA	1	9000
	MEDICO CIRUJANO	CARDIOLOGO	MEDICO ESPECIALISTA	1	9000
	MEDICO CIRUJANO	NEUMOLOGO	MEDICO ESPECIALISTA	1	9000
	TECNOLOGO MEDICO	LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA	TECNOLOGO MEDICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA	4	4000
	TECNOLOGO MEDICO	RADIOLOGIA	TECNOLOGO MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA	4	4000
	NUTRICIONISTA		NUTRICIONISTA	5	4000
	QUIMICO FARMACEUTICO		QUIMICO FARMACEUTICO	4	4000
	TECNICO EN FARMACIA		TECNICO EN FARMACIA	1	3000
	TECNICO EN LABORATORIO		TECNICO EN LABORATORIO	3	3000
	SUB TOTAL				24
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ENFERMERA/O		ENFERMERA/O	45	4000
	TECNICO EN ENFERMERIA		TECNICO EN FARMACIA	45	3000
	SUB TOTAL				90
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES	PILOTOS DE AMBULANCIA		PILOTOS DE AMBULANCIA	5	2800
	SUB TOTAL				5
PEAS TOTALES				139	





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

II. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO:

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio:	Incluido en el numeral 1.3 Objeto de Convocatoria.
Duración del contrato:	(03) meses.
Retribución mensual:	Incluido en el numeral 1.3 Objeto de Convocatoria
Otras condiciones del esenciales del contrato	De acuerdo a la necesidad del objetivo.

III. PERFIL DE PUESTO.

CONDICION	REQUISITOS
PROFESIONALES DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none">• Título Profesional Universitario a Nombre de la Nación (según el cargo que postula).• Constancia de Habilitación Profesional vigente.
TÉCNICOS	Título de Técnico otorgado por un Instituto Superior Tecnológico a Nombre de la Nación. (según el cargo que postula).

IV. CONVOCATORIA:

La convocatoria se realiza a través del Portal Institucional de la – Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón, a través de las redes sociales de la entidad y otros medios que promuevan el acceso a las oportunidades de trabajo e información a fin de promover la transparencia del concurso que oferta el estado.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

CRONOGRAMA PARA LA CONTRATACION EXTRAORDINARIA DE PERSONAL EN LA MODALIDAD CAS VIII 2020 - COVID19, TOMANDO COMO BASE LAS DISPOSICIONES EXTRAORDINARIAS EN MATERIA DE CONTRATACION DE PERSONAL ASISTENCIAL DEL SECTOR PÚBLICO:

N°	ETAPA	DESDE EL
1°	Postulante remite su Curriculum Vitae digital y Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal (Anexo 1) ambos en un solo archivo en formato PDF	09/07/2020 al 22/07/2020
2°	Evaluación Curricular	23/07/2020 al 24/07/2020
	Publicación de Resultados	27/07/2020
3°	Remisión del Contrato de seleccionados	29/07/2020 al 30/07/2020
4°	Inicio de Labores	01/08/2020

MODALIDAD DE POSTULACIÓN INSCRIPCIÓN Y RECEPCIÓN DE EXPEDIENTES:

MODALIDAD DE POSTULACIÓN

La postulación es vía electrónica a los siguientes correos: Podrá participar toda persona natural que cumpla con los requisitos mínimos señalados en el perfil:

DIRECTOR / JEFE A CARGO DE LA EVALUACION	CORREO PARA EVALUACION : deidrifmotoras.inr@gmail.com.pe	DIRECCION EJECUTIVA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN FUNCIONES MOTORAS
DRA. MONTALVO CHAVEZ ROSA SABINA		
DIRECTOR / JEFE A CARGO DE LA EVALUACION	CORREO PARA EVALUACION : deidaadt.inr@gmail.com	DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN EN AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DR. CASTRO APARICIO JORGE EDUARDO		
DIRECTOR / JEFE A CARGO DE LA EVALUACION	CORREO PARA EVALUACION : convocatoriaenfermeriainr@gmail.com	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
LIC. MENDOZA ORTEGA HERMINIA MAGALI		
DIRECTOR / JEFE A CARGO DE LA EVALUACION	CORREO PARA EVALUACION : oficinadeserviciosgenerales.inr@gmail.com	OFICINA DE SERVICIOS GENERALES
LIC. RAMIREZ MEJIA RUDY		





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

Debiendo adjuntar lo siguiente:

Anexo 1. "Ficha Única de datos para la Contratación de personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020.	Curriculum Vitae en formato digital, de acuerdo al orden del llenado en el Anexo 1
---	---

Ambos documentos deben estar debidamente firmados, por tanto, tienen carácter de declaración jurada, siendo responsable el postulante de la información consignada.

V. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O LA CANCELACIÓN DEL PROCESO:

DECLARATORIA DEL PROCESO COMO DESIERTO:

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

- Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
- Cuando ninguno de los postulantes cumpla con los requisitos mínimos.

CANCELACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN

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

- Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- Por restricciones presupuestaria.
- Otras debidamente justificadas.

VI. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:

- Los interesados que deseen participar de la convocatoria CAS, deberán postular a un solo cargo y remite al correo electrónico indicado.
- El postulante deberá consignar al momento de su inscripción virtual, en el rubro **ASUNTO: CONVOCATORIA CAS 2020 - COVID 19**, detallar cargo o puesto al cual postula.
- Concluida la selección, el área usuaria remite a la Oficina de Recursos Humanos, el Curriculum Vitae documentado y la Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal (Anexo 1), en formato digital PDF, al correo oficinadepersonal.inr@gmail.com
- Los seleccionados adjudicados también enviarán la siguiente documentación al correo electrónico:
 - ✓ Formato de Elección del Sistema Pensionario: oficinadepersonal.inr@gmail.com
 - ✓ Formulario 1609 4ta. Categoría, emitido a través de la página de SUNAT. oficinadepersonal.inr@gmail.com
- La Oficina de Recursos Humanos a través del Equipo de Selección, remitirá el contrato CAS al área usuaria para la suscripción del servidor.
- El postulante seleccionado que se encuentre laborando en esta Sede, deberá presentar su renuncia a la Oficina de Recursos Humanos, para el nuevo inicio de esta labor.
- El contrato en físico firmado por la Oficina Ejecutiva de Administración, será entregado al servidor/a a la culminación de la Emergencia Sanitaria.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"**ANEXO 1****Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal dispuesto en el**

 PERÚ Ministerio de Salud				Secretaría General		Oficina General de Gestión de Recursos Humanos	
INSTITUTO NACIONAL DE REABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERU - JAPON Ficha Única de Datos						Foto actualizada	
La Oficina General de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.							
DATOS PERSONALES							
Apellidos y Nombres:							
DNI N°		RUC N°					
Fecha de nacimiento		/ /		Distrito-Provincia-Departamento			
Teléfono fijo		Teléfono móvil					
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo					
Enfermedades /Alergias							
En caso de emergencia contactar a:							
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia					
Estado Civil		<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente					
Discapacidad		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tipo de discapacidad		<input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales					
DOMICILIO							
Tipo de Vía (marcar con "X")							
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Óvalo <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Trocha <input type="checkbox"/> Otros: Especificar							
Nombre de la vía :		Número :					
		Interior :					
Tipo de Zona (marcar con "X")							
<input type="checkbox"/> Urbanización <input type="checkbox"/> Pueblo Joven <input type="checkbox"/> Unidad Vecinal <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Zona Industrial <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Caserío <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Otros especificar							
Nombre de la zona:		Número :					
		Interior :					
Ubicación geográfica:		Departamento		Provincia		Distrito	
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)							
DATOS FAMILIARES							
Apellidos y Nombre:		Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco		Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios	
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado	/ /	Nº de Colegiatura	
Estudios Superiores (Universitario - Técnico)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/ Egresado/ Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Especialización - Diplomados			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Cursos - Seminarios			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres" "Año de la Universalización de la Salud"

DATOS LABORALES			
Experiencia Laboral			
Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
Labores de docencia			
Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES			
Declaro bajo juramento lo siguiente:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY Nº 30794	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS.	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ÓRGANOS COLEGIADOS	
SI	NO		
LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR			
Fecha	/ /	Firma:	
	Día Mes Año		

