

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
“DRA. ADRIANA REBAZA FLORES”
AMISTAD PERU - JAPON**



**BASES DE LA CONVOCATORIA DE CONTRATACION
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS D.L. N° 1057
CAS – 2021 - INR
CHORRILLOS**

CONVOCATORIA - CAS N° 001-2021-INR



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres" "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CONVOCATORIA DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS –CAS 2021 INR – CHORRILLOS

I. GENERALIDADES:

1.1 ENTIDAD CONVOCANTE:

Unidad Ejecutora 125- Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU - JAPON, RUC N° 20131377577.

1.2 DOMICILIO LEGAL:

Av. Defensores del Morro 264 – Chorrillos 15057

1.3 BASE LEGAL:

- Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057 y otorga derechos laborales.
- Ley N° 31084, Ley de Presupuesto del Sector Publico para el Año Fiscal 2021.
- Decreto de Urgencia N° 083-2021, dicta medidas extraordinarias para el fortalecimiento de la disponibilidad de Recursos Humanos ante la Emergencia Sanitaria por la COVID-19 y dicta otras Disposiciones.
- Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- Decreto Supremo N° 075-2008-PCM - Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057.
- Decreto Supremo N° 065-2011-PCM, establece modificaciones al Reglamento del Régimen de Contratación Administrativa de Servicios.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 313-2017-SERVIR-PE, aprueba la Guía Metodológica para el Diseño de Perfiles de Puestos para Entidades Públicas.

1.4 OBJETO DE CONVOCATORIA:

Contratar personal en la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios en el marco del D.U. N° 083-2021, implementar las acciones para sostener o mejorar su capacidad operativa, continuar brindando los servicios indispensables a la población, garantizar su adecuado funcionamiento, así como aquellos destinado a promover la reactivación económica del país y/o mitigar los efectos adversos de la COVID – 19, en la Unidad Ejecutora 125 - Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU – JAPON.

RESUMEN DE REQUERIMIENTOS PARA LA CONTRATACION DEL PERSONAL CAS COVID – 19- 2021- I Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU – JAPON.

N°	Unidad Orgánica	Cargo	N° plazas	Retribución Mensual
1	DIDRI en la Comunicación	Médico Especialista	1	7,000.00
2	DIDRI en la Comunicación	Médico Especialista	1	7,000.00
3	Oficina de Seguros (D.Gral.)	Médico Especialista	1	7,000.00
4	DIDRI en Lesiones Medulares	Tecnólogo Médico	1	4,000.00
5	DIAS	Tecnólogo Médico	1	4,000.00
6	DIAS	Psicólogo	1	4,000.00





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

II. CONDICIONES ESENCIALES EL CONTRATO:

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de Prestación del Servicio	Incluido en el numeral 1.2 Objeto de Convocatoria.
Duración del Contrato	Dos (02) Meses
Retribución Mensual:	Incluido en el numeral 1.3 Objeto de Convocatoria
Otras condiciones esenciales del Contrato	De acuerdo a la necesidad del Servicio

III. PERFIL DE PUESTO:

Condición	Requisitos
Profesional de la Salud (Medico)	<ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional Universitario a nombre de la Nación (según el cargo que postula). • Título de la Especialidad. • Haber realizado SERUMS • Constancia de Habilitación Profesional vigente.
Profesional de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional Universitario a nombre de la Nación (según el cargo que postula). • Haber realizado SERUMS • Constancia de Habilitación Profesional vigente.

IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO	FECHA	AREA RESPONSABLE
Publicación en el Sistema de Difusión de Ofertas Laborales y Prácticas del Sector Público: www.servir.gob.pe Link Empleos y prácticas en el Estado y en el Servicio Nacional del Empleo: www.empleosperu.gob.pe Link Vacantes Públicas	20 de Oct al 22 de Oct. del 2021	Comisión de Selección
CONVOCATORIA		
Publicación de la convocatoria en la Página Institucional: www.inr.gob.pe Link Convocatoria CAS y mural de la Oficina de Personal	20 de Oct al 22 de Oct. del 2021	Comisión de Selección
Presentar la siguiente documentación: <ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de Curriculum Vitae según Anexo N° 01, documentado y debidamente foliado 2. Declaración Jurada según Anexo N° 02. Serán presentados en un sobre A4 rotulado. Lugar de entrega: Mesa de Partes del INR Horario: de 8:00 a 3:00 pm	25de Oct al 26 de Oct. del 2021	Comisión de Selección / Oficina de Personal





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

SELECCIÓN		
Evaluación del Formato de Curriculum Vitae - Hoja de Vida, según Anexo N° 01 y 02	27 de Oct. del 2021	Comisión de Selección
Publicación de resultados de la evaluación del Curriculum Vitae en la página institucional www.inr.gob.pe Link Convocatoria CAS	27 de Oct. del 2021	Comisión de Selección
A partir de las 03:00 pm.		
Entrevista: Lugar: Sala de reuniones de la Sede del INR	28 de Oct. del 2021	Comisión de Selección
Publicación de resultado final en página institucional www.inr.gob.pe Link Convocatoria CAS y mural de la Oficina de Personal, a partir de las 03:00 pm.	28 de Oct. del 2021	Comisión de Selección
SUSCRIPCION Y REGISTRO DEL CONTRATO		
Suscripción y registro de contrato: Lugar: Sede del INR - Oficina de Personal del Instituto Nacional de Rehabilitación	29 de Oct. del 2021	Oficina de Personal



V. PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN Y SELECCIÓN:

El presente proceso de selección consta de 2 etapas:

- 1ra Etapa: EVALUACION CURRICULAR (Anexo N° 1)
- 2da Etapa: ENTREVISTA PERSONAL

Los factores de evaluación dentro de estas etapas tendrán un máximo y mínimo de puntos distribuidos de la siguiente manera:

1. PRIMERA ETAPA: EVALUACIÓN CURRICULAR (Ecu):

En esta etapa, se evaluará los documentos presentados por el postulante en relación al cumplimiento del Perfil del Puesto y/o requerimientos mínimos del puesto, se obtendrá un puntaje de acuerdo a los factores antes señalados.

Esta etapa TIENE PUNTAJE y TIENE CARÁCTER ELIMINATORIO.

EVALUACIONES		PESO	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
EVALUACION DE LA HOJA DE VIDA:				
a.	Formación Académica	30%	20	30
b.	Experiencia	10%	5	10
c.	Capacitación	10%	5	10
PUNTAJE TOTAL DE LA HOJA DE VIDA		50%	30	50

2. SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTA PERSONAL (EP):

Esta etapa TIENE PUNTAJE y TIENE CARÁCTER ELIMINATORIO.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

EVALUACIONES		PESO	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
ENTREVISTA PERSONAL:				
a.	Evaluación de Habilidades	25%	20	25
b.	Evaluación actitudes y comportamientos	25%	20	25
PUNTAJE TOTAL DE LA ENTREVISTA PERSONAL		50%	40	50

3. RESULTADOS Y/O CUADRO DE MERITOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y PUNTAJE FINAL:

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

EVALUACIONES	PESO	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
EVALUACION CURRICULAR (E.Cu)	50%	30	50
ENTREVISTA PERSONAL (E.P)	50%	40	50
PUNTAJE TOTAL	100%	70	100

El puntaje aprobatorio será de 70 puntos.

Para calcular el puntaje final:

$$\text{Puntaje Final (PF)} = \text{E.Cu} + \text{E.P}$$

Nota.- En atención al Reglamento de la Ley 29973, Artículo 54°, de ser el caso se produzca un empate entre los postulantes con y sin discapacidad, se procederá a seleccionar a la persona con discapacidad.

- El **cuadro de méritos** se elaborará en base a los resultados obtenidos en el consolidado general de evaluaciones, el postulante que obtenga el más alto puntaje obtendrá la plaza, ocupando el primer lugar, será declarado como **GANADOR**, se tomará en cuenta los siguientes criterios:
- El postulante que obtenga el puntaje acumulado más alto, siempre que alcance como mínimo el acumulado de 70 puntos, será considerado como **GANADOR** de la Convocatoria CAS.
- En caso de que se produzca un empate entre dos o más postulantes, se procederá a efectuar un sorteo para elegir al ganador. El sorteo se realizará con la presencia de los miembros del Comité de Selección, representante del área usuaria y los postulantes empatados.
- El postulante que, habiendo aprobado todas las etapas del proceso de selección, se ubica en orden de mérito inmediatamente después del candidato seleccionado, se convierte en **ACCESITARIO**, por lo que, si el ganador del concurso desiste o por alguna razón no se vincula con la Entidad, se procederá a convocarlo para realizar las actividades relacionadas con la contratación. Se generará un **ACCESITARIO** por cada puesto concursado.

BICENTENARIO
PERÚ 2021



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- No se devolverá la documentación entregada por los postulantes calificados, por formar parte del expediente del presente proceso de selección.
- Cualquier controversia o interpretación de las bases que se susciten o se requieran durante el proceso de selección, será resuelta por el Comité de Selección.

VI. BASES GENERALES PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN:

1. DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR:

Los formatos de presentación para las diferentes etapas, pueden ser descargadas del portal institucional www.inr.gob.pe Link Convocatoria CAS.

Los postulantes presentaran los siguientes documentos OBLIGATORIAMENTE:

- ✓ Hoja de vida "FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE (Anexo N° 1)", la cual consta de 2 páginas y tiene carácter de declaración jurada, en adjunto las fotocopias simples de los documentos que forman parte del mismo, ordenadas cronológicamente y foliadas de atrás hacia adelante, las cuales sustentan el cumplimiento del perfil para el puesto al cual se postula.
- ✓ Copia del DNI vigente y legible.
- ✓ Formatos de Declaración Jurada (1-A al 1-E) debidamente llenados y firmados

2. CONSIDERACIONES DE LA HOJA DE VIDA:

- El postulante que no presente su Hoja de Vida en la fecha establecida y/o no sustente con documentos el cumplimiento de los requisitos mínimos señalados en el perfil del puesto, así como los indicados en el "FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE (Anexo N° 01)", será DESCALIFICADO.
- El postulante debe presentar la Hoja de Vida documentada, Declaraciones Juradas debidamente firmadas y demás documentados solicitados, de lo contrario quedara DESCALIFICADO del proceso de selección.
- En el caso que el postulante presente documentación más de una vez, el Comité de Selección solo evaluara la primera presentación.
- Será descalificado el postulante que oculte información y/o presentar información falsa y/o distorsionada y/o con algún signo de alteración en cualquier etapa del concurso.
- En caso de ser **Licenciado de las Fuerzas Armadas**, se debe sustentar con copia legible del documento oficial emitido por la autoridad competente.
- En caso de ser persona con discapacidad, se adjuntará el certificado de discapacidad emitido por el **CONADIS**.
- Todos los profesionales deberán presentar el **CERTIFICADO VIGENTE DE HABILIDAD** para el ejercicio de la profesión, cuando lo requiera el perfil del puesto.
- El postulante que no acredite estar habilitado para el ejercicio de la profesión, será descalificado.
- La **EXPERIENCIA LABORAL** se acredita con contratos, constancias o certificados de trabajo, emitidos por la Oficina de Personal u Oficina de Logística o Dirección Administrativa o la que haga sus veces de la Entidad en la que presto servicios.





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 del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

3. BONIFICACIONES:

• AL PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:

Se otorgará una bonificación del **diez por ciento (10%)** sobre el puntaje obtenido en la Etapa de Entrevista, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4º de la **Resolución de la Presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE**, siempre que el postulante lo haya indicado en su Ficha Curricular o Carta de Presentación, y haya adjuntado a su hoja de vida, copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.

• A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:

Se otorgará una bonificación por discapacidad, equivalente al **quince por ciento (15%)** sobre el Puntaje Total, al postulante que lo haya indicado en su ficha curricular o Carta de Presentación y que acredite dicha condición. Para ello deberá adjuntar obligatoriamente copia simple del carnet de discapacidad emitido por el **CONADIS**.

Si el candidato tiene derecho a las dos (02) bonificaciones mencionadas, estas se suman y tendrán derecho a la bonificación total de 25% sobre el puntaje de la entrevista final.

4. DE LA ENTREVISTA:

- La no presentación a la Entrevista Personal descalificara al postulante del proceso de convocatoria.
- La Entrevista Personal será realizada por los miembros de la Comisión de Selección, quienes evaluarán aspecto personal, comportamiento, actitudes y habilidades, requeridos para el puesto al cual postula.

5. DE LOS RESULTADOS:

- Los resultados serán publicados en el Portal Web Institucional (www.inr.gob.pe).
- Una vez, firmada el Acta se culmina el proceso, entregándose la documentación completa del expediente de contratación a la Oficina de Personal a fin de proceder con la suscripción y el registro del Contrato, dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes de publicado los resultados.

VII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACION DEL PROCESO:

A: Declaratoria del Proceso como Desierto: El proceso puede ser declarado desierto en alguno de los siguientes supuestos:

- Cuando no se presenten postulantes al proceso de selección.
- Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos o no cumplen con presentar los documentos obligatorios.
- Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las Etapas de Evaluación del proceso.

B: Cancelación del Proceso de Selección: El proceso puede ser cancelado en alguno de los siguientes supuestos, sin responsabilidad de la Entidad:

- Cuando desaparece la necesidad del servicio de la Entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección. Según comunicación del área usuaria.
- Por restricciones presupuestales.
- Otras debidamente justificadas.





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 del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

NOTA: Los postulantes antes de proceder a participar en el proceso deben tomar conocimiento del contenido del proceso y sus etapas, anexos debiendo acceder a la ruta siguiente: www.inr.gob.pe Link Convocatoria CAS.





INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD
PERU - JAPON

ANEXO N°02

FORMATO DE PERFIL DE PUESTO

IDENTIFICACION DEL PUESTO

ORGANO O UNIDAD ORGANICA: DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN

DENOMINACION DEL PUESTO: MEDICO ASISTENTE

NOMBRE DEL PUESTO: MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION

DEPENDENCIA JERARQUICA LINEAL: JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN

DEPENDENCIA FUNCIONAL: JEFE DE SERVICIO DE APOYO MEDICO DEL DIDRIC

PUESTOS A SU CARGO: NO APLICA

MISION DEL PUESTO

Brindar atención con calidez a los pacientes con discapacidades de la comunicación: discapacidades del lenguaje, habla, voz y audición.

FUNCIONES DEL PUESTO

1. Brindar atención en consulta especializada al paciente con deficiencia y discapacidades de la comunicación.
2. Ejecutar exámenes auxiliares udiológicos (potenciales evocados auditivos, impedanciometría, audiometría, emisiones otoacústicas, logaudiometría, etc).
3. Establecer las diferentes deficiencias y discapacidades de patologías del lenguaje, habla, audición y comunicación.
4. Colaborar en la confección de guías clínicas y manuales de procedimientos.
5. Elaborar informes médicos y certificados de discapacidad.
6. Establecer coordinar y controlar el plan terapeutico rehabilitador, modificandolo en función del momento evolutivo.
7. Realizar actividades académicas con los medicos residentes de la especialidad.
8. Otras actividades que le asigne la Jefatura del Departamento.

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

Con Jefatura del Departamento y Jefatura de servicio

COORDINACIONES EXTERNAS

Ninguna

FORMACION ACADEMICA

A). NIVEL EDUCATIVO

	INCOMPLETA	COMPLETA
<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA(1 O 2 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR(3 O 4 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B). GRADO(S)/SITUACION ACADEMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO

<input type="checkbox"/> EGRESADO(A)	Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación
<input type="checkbox"/> BACHILLER	
<input checked="" type="checkbox"/> TITULO/LICENCIATURA	
<input type="checkbox"/> MAESTRÍA	
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> DOCTORADO	
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO

C). ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

SI NO

¿REQUIERE HABILITACION PROFESIONAL?

SI NO

¿REQUIERE SERUMS? (LEY N° 23330)

SI NO

CONOCIMIENTOS

A). CONOCIMIENTOS TECNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO(NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTADORA):

Conocimiento y manejo de programas Office, Ingles básico.

B): CURSOS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.

NOTA: CADA CURSO DEBEN TRAER NO MENOS DE 12 HORAS DE CAPACITACION Y LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION NO MENOS DE 90 HORAS

Capacitación en patologías del neurodesarrollo

C). CONOCIMIENTOS EN OFIMATICA E IDIOMAS

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
PROCESADOR DE TEXTOS (Word, Open, Office)				
HOJAS DE CALCULO(EXCEL, OPENCALC, ETC.)				
PROGRAMA DE PRESENTACIONES (PPT)				
(OTROS)				

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLES		X		
...				
...				
(OBSERVACIONES)_				

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO

2 años como médico rehabilitador

EXPERIENCIA ESPECIFICA

A. INDIQUE EL TRIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO.

2 años como médico rehabilitador

B. EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO EN LA FUNCION O LA MATERIA:

2 años como médico rehabilitador

C. MARQUE EL NIVEL MINIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO(PARTE A); SEÑALE EL TIEMPO REQUERIDO EN EL SECTOR PUBLICO:

PRACTICANTE PROFESIONAL AUXILIAR O ASISTENTE ANALISTA ESPECIALISTA SUPERVISOR/COORDINADOR JEFE DE AREA GERENTE O DIRECTOR

*MENCIONA OTROS ASPECTOS COMPLEMENTARIOS SOBRE EL REQUISITO DE EXPERIENCIA, EN CASO EXISTIERA ALGO ADICIONAL PARA EL PUESTO

NACIONALIDAD

¿SE REQUIERE NACIONALIDAD PERUANA? SI NO

ANOTE EL SUSTENTO

Siempre y cuando cumpla con el requerimiento de registro del título de médico y de especialista en SUNEDU, MINSA Y COLEGIO MEDICO DEL PERÚ

HABILIDADES COMPETENCIAS

Organización de la información, empatía, buenas relaciones interpersonales, coordinación, buena actitud laboral, comunicación asertiva, orientación hacia los resultados, trabajo en equipo, responsabilidad, análisis, toma de decisiones, Disponibilidad inmediata para laborar en turnos alternos.


MC. LENNY MENDOZA TORRES
 DIRECTORA EJECUTIVA
 CMP 29439 RNE 14587
 Dirección Ejecutiva de Investigación, Desarrollo y
 Rehabilitación Integral en Pacientes Discapacitados
 Ministerio de Salud
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
 "ADRIANA REBAZA FLORES" - ARIQUAY PERÚ - S.A.S.



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD
PERU - JAPON

ANEXO Nº02

FORMATO DE PERFIL DE PUESTO

IDENTIFICACION DEL PUESTO

ORGANO O UNIDAD ORGANICA: DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN

DENOMINACION DEL PUESTO: MEDICO ASISTENTE

NOMBRE DEL PUESTO: MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION

DEPENDENCIA JERARQUICA LINEAL: JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LA COMUNICACIÓN

DEPENDENCIA FUNCIONAL: JEFE DE SERVICIO DE APOYO MEDICO DEL DIDRIC

PUESTOS A SU CARGO: NO APLICA

MISION DEL PUESTO

Brindar atención con calidez a los pacientes con discapacidades de la comunicación: discapacidades del lenguaje, habla, voz y audición.

FUNCIONES DEL PUESTO

1. Brindar atención en consulta especializada al paciente con deficiencia y discapacidades de la comunicación.
2. Ejecutar exámenes auxiliares udiológicos (potenciales evocados auditivos, impedanciometría, audiometría, emisiones otoacústicas, logaudiometría, etc).
3. Establecer las diferentes deficiencias y discapacidades de patologías del lenguaje, habla, audición y comunicación.
4. Colaborar en la confección de guías clínicas y manuales de procedimientos.
5. Elaborar informes médicos y certificados de discapacidad.
6. Establecer coordinar y controlar el plan terapeutico rehabilitador, modificandolo en función del momento evolutivo.
7. Realizar actividades académicas con los medicos residentes de la especialidad.
8. Otras actividades que le asigne la Jefatura del Departamento.

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

Con Jefatura del Departamento y Jefatura de servicio

COORDINACIONES EXTERNAS

Ninguna

FORMACION ACADEMICA

A). NIVEL EDUCATIVO

	INCOMPLETA	COMPLETA
<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA(1 O 2 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR(3 O 4 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B). GRADO(S)/SITUACION ACADEMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO

<input type="checkbox"/> EGRESADO(A)	Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación
<input type="checkbox"/> BACHILLER	
<input checked="" type="checkbox"/> TITULO/LICENCIATURA	
<input type="checkbox"/> MAESTRÍA	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> DOCTORADO	
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO

C). ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

SI NO

¿REQUIERE HABILITACION PROFESIONAL?

SI NO

¿REQUIERE SERUMS? (LEY Nº 23330)

SI NO

CONOCIMIENTOS

A). CONOCIMIENTOS TECNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO(NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTADORA):

Conocimiento y manejo de programas Office, Ingles básico.

B): CURSOS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.

NOTA: CADA CURSO DEBEN TRAER NO MENOS DE 12 HORAS DE CAPACITACION Y LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION NO MENOS DE 90 HORAS

Cursos de capacitación en audiología o afines al puesto

C). CONOCIMIENTOS EN OFIMATICA E IDIOMAS

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
PROCESADOR DE TEXTOS (Word, Open, Office)				
HOJAS DE CALCULO(EXCEL, OPENCALC, ETC.)				
PROGRAMA DE PRESENTACIONES (PPT)				
(OTROS)				

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLES		X		
...				
...				
(OBSERVACIONES)_				

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO

2 años como médico rehabilitador

EXPERIENCIA ESPECIFICA

A. INDIQUE EL TRIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO.

2 años como médico rehabilitador

B. EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO EN LA FUNCION O LA MATERIA:

2 años como médico rehabilitador

C. MARQUE EL NIVEL MINIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO(PARTE A); SEÑALE EL TIEMPO REQUERIDO EN EL SECTOR PUBLICO:

PRACTICANTE PROFESIONAL AUXILIAR O ASISTENTE ANALISTA ESPECIALISTA SUPERVISOR/COORDINADOR JEFE DE AREA GERENTE O DIRECTOR

*MENCIONA OTROS ASPECTOS COMPLEMENTARIOS SOBRE EL REQUISITO DE EXPERIENCIA, EN CASO EXISTIERA ALGO ADICIONAL PARA EL PUESTO

NACIONALIDAD

¿SE REQUIERE NACIONALIDAD PERUANA? SI NO

ANOTE EL SUSTENTO

Siempre y cuando cumpla con el requerimiento de registro del título de médico y de especialista en SUNEDU, MINSA Y COLEGIO MEDICO DEL PERÚ

HABILIDADES COMPETENCIAS

Organización de la información, empatía, buenas relaciones interpersonales, coordinación, buena actitud laboral, comunicación asertiva, orientación hacia los resultados, trabajo en equipo, responsabilidad, análisis, toma de decisiones, Disponibilidad inmediata para laborar en turnos alternos.


MC. LENNY BENDOZA TORRES
 DIRECTORA EJECUTIVA
 CMP 28430 FNE 14587
 Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y
 Rehabilitación Integral en Fracturas (Investigación)
 Ministerio de Salud
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION*
 "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" ASISTIDA PERÚ. S.A.



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD
PERU - JAPON

ANEXO N°02

FORMATO DE PERFIL DE PUESTO

IDENTIFICACION DEL PUESTO

ORGANO O UNIDAD ORGANICA: EQUIPO DE SEGUROS/DIRECCION GENERAL

DENOMINACION DEL PUESTO: MEDICO EVALUADOR

NOMBRE DEL PUESTO: MEDICO ESPECIALISTA

DEPENDENCIA JERARQUICA LINEAL: JEFATURA EQUIPO DE SEGUROS

DEPENDENCIA FUNCIONAL: EQUIPO DE SEGUROS/DIRECCION GENERAL

PUESTOS A SU CARGO: NINGUNO

MISION DEL PUESTO

VIABILIZAR LA EMISION DE DICTAMEN A PACIENTES ASEGURADOS DEL COMITÉ CALIFICADOR DEL GRADO DE INVALIDEZ-CCGI SCTR SOAT

FUNCIONES DEL PUESTO

Atender a los pacientes asegurados citados

Elaborar el informe de Evaluación Médica de Invalidez SCTR/SOAT

Remitir el Informe al presidente del CCGI para que se emita el respectivo DICTAMEN del GRADO DE INVALIDEZ SCTR/SOAT

Revisión de Informes.

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

Con la Jefatura, con los técnicos encargados del expediente, con las áreas de exámenes auxiliares. Con el Presidente y los miembros del CCGI

COORDINACIONES EXTERNAS

Con los médicos especialistas interconsultados.

FORMACION ACADEMICA

A). NIVEL EDUCATIVO

	INCOMPLETA	COMPLETA
<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA(1 O 2 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR(3 O 4 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B). GRADO(S)/SITUACION ACADEMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO

<input type="checkbox"/> EGRESADO(A)	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
<input type="checkbox"/> BACHILLER	
<input checked="" type="checkbox"/> TITULO/LICENCIATURA	
<input type="checkbox"/> MAESTRÍA	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> DOCTORADO	
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO

C). ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

SI NO

¿REQUIERE HABILITACION PROFESIONAL?

SI NO

¿REQUIERE SERUMS? (LEY N° 23330)

SI NO

CONOCIMIENTOS**A). CONOCIMIENTOS TECNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO(NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTADORA):**

Conocer el Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de la SAFP

B): CURSOS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.

NOTA: CADA CURSO DEBEN TRAER NO MENOS DE 12 HORAS DE CAPACITACION Y LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION NO MENOS DE 90 HORAS

DESEABLE DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL

C). CONOCIMIENTOS EN OFIMATICA E IDIOMAS

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
PROCESADOR DE TEXTOS (Word, Open, Office)	X			
HOJAS DE CALCULO(EXCEL, OPENCALC, ETC.)				
PROGRAMA DE PRESENTACIONES (PPT)				
(OTROS)				

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLES	X			
...				
...				
(OBSERVACIONES)_				

EXPERIENCIA**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO

DOCE MESES

EXPERIENCIA ESPECIFICA

A. INDIQUE EL TRIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO.

X

B. EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO EN LA FUNCION O LA MATERIA:

X

C. MARQUE EL NIVEL MINIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO(PARTE A); SEÑALE EL TIEMPO REQUERIDO EN EL SECTOR PUBLICO:

PRACTICANTE PROFESIONAL AUXILIAR O ASISTENTE ANALISTA ESPECIALISTA SUPERVISOR/COORDINADOR JEFE DE AREA GERENTE O DIRECTOR

*MENCIONA OTROS ASPECTOS COMPLEMENTARIOS SOBRE EL REQUISITO DE EXPERIENCIA, EN CASO EXISTIERA ALGO ADICIONAL PARA EL PUESTO

NINGUNO

NACIONALIDAD

¿SE REQUIERE NACIONALIDAD PERUANA? SI NO

ANOTE EL SUSTENTO

CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA NACIONAL VIGENTE

HABILIDADES COMPETENCIAS

TRABAJO EN EQUIPO. EMPATIA . RESPONSABILIDAD PUNTUALIDAD.


 M.C. MARIA ESTHER ARAUJO BAZAN
 Jefe del Equipo de Seguros
 CMP N° 13186 RNE N° 5057
 Instituto Nacional de Rehabilitacion
 Dra. Adnana Rebaza Flores "Amistad Peru - Japon"



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD
PERU - JAPON

ANEXO Nº02

FORMATO DE PERFIL DE PUESTO

IDENTIFICACION DEL PUESTO

ORGANO O UNIDAD ORGANICA: DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES MEDULARES

DENOMINACION DEL PUESTO: TECNOLOGO MÉDICO

NOMBRE DEL PUESTO: TECNÓLOGO MÉDICO EN TERAPIA OCUPACIONAL

DEPENDENCIA JERARQUICA LINEAL: JEFE/A DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES MEDULARES

DEPENDENCIA FUNCIONAL: JEFE DE SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

PUESTOS A SU CARGO: NO APLICA

MISION DEL PUESTO

Desarrollar acciones de Tecnología médica en prestación, investigación y desarrollo de capacitación para la rehabilitación integral de las personas con discapacidad por lesiones medulares

FUNCIONES DEL PUESTO

Aplicar métodos y técnicas de evaluación y tratamiento propios de tecnología médica en su especialidad, para la rehabilitación integral de pacientes con lesiones medulares, con orientación al usuario y familia

Emitir informes técnicos de las actividades asistenciales realizadas en los pacientes con secuelas de lesiones medulares

Participar en actividades educativas dirigidas a pacientes y familiares

Mantener permanentemente informado a su superior inmediato sobre las actividades que ha desarrollado

Participar en reuniones clínicas del equipo multidisciplinario

Realizar labores de docencia y asesoría a internos de su especialidad respecto a la atención de pacientes con lesión de la medula espinal.

Realizar labores de capacitación en coordinacio con su jefatura

Cumplir con las normas, reglamentos, procedimientos y disposiciones internas

Las demás que le asigne el jefe del servicio y/o del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

DEPATAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LESIONES MEDULARES

COORDINACIONES EXTERNAS

NO APLICA

FORMACION ACADEMICA

A). NIVEL EDUCATIVO

	INCOMPLETA	COMPLETA
<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA(1 O 2 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR(3 O 4 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B). GRADO(S)/SITUACION ACADEMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO

<input type="checkbox"/> EGRESADO(A)	Titulo profesional de Licenciado (s) en tecnología médica con mención en terapia ocupacional rehabilitación
<input type="checkbox"/> BACHILLER	
<input checked="" type="checkbox"/> TITULO/LICENCIATURA	
<input type="checkbox"/> MAESTRÍA	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> DOCTORADO	
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO

C). ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

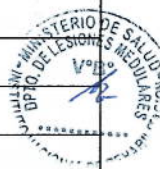
SI NO

¿REQUIERE HABILITACION PROFESIONAL?

SI NO

¿REQUIERE SERUMS? (LEY N° 23330)

SI NO



CONOCIMIENTOS

A). CONOCIMIENTOS TECNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO(NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTADORA):

Conocimientos vinculados a la función del puesto. Conocimientos prácticos de office

B): CURSOS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.

C). CONOCIMIENTOS EN OFIMATICA E IDIOMAS

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
PROCESADOR DE TEXTOS (Word, Open, Office)				
HOJAS DE CALCULO (EXCEL, OPENCALC, ETC.)				
PROGRAMA DE PRESENTACIONES (PPT)				
(OTROS)				

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLES				
...				
...				
(OBSERVACIONES)				

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO

1 AÑO

EXPERIENCIA ESPECIFICA

A. INDIQUE EL TRIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO.

B. EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO EN LA FUNCION O LA MATERIA:

C. MARQUE EL NIVEL MINIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO(PARTE A); SEÑALE EL TIEMPO REQUERIDO EN EL SECTOR PUBLICO:

PRACTICANTE PROFESIONAL AUXILIAR O ASISTENTE ANALISTA ESPECIALISTA SUPERVISOR/COORDINADOR JEFE DE AREA GERENTE O DIRECTOR

*MENCIONA OTROS ASPECTOS COMPLEMENTARIOS SOBRE EL REQUISITO DE EXPERIENCIA, EN CASO EXISTIERA ALGO ADICIONAL PARA EL PUESTO

NACIONALIDAD

¿SE REQUIERE NACIONALIDAD PERUANA? SI NO

ANOTE EL SUSTENTO

HABILIDADES COMPETENCIAS

PROACTIVIDAD, ATENCION A LAS GESTIONES PUBLICAS, COORDINACION, BUENA ACTITUD LABORAL

Disponibilidad inmediata en turnos alternos.

Deseable: Alguna capacidad de comunicación en lenguas originarias

R
M.C. ROSA ANGELICA LICETTI VILLENA
CMP. 44596 RNE 22761
Jefe del Departamento de Investigación Docencia y
Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
C/ra. Adriana Rebaza Flores AMISTAD PERU-JP

[Signature]
LIC. MERCEDES YAPONAW CHAI-ONA
LIC. TERAPIA OCUPACIONAL CTMP 3717
C/ra de Servicio de Administración de la Vida Diana del D.D.R.I.
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
C/ra. Adriana Rebaza Flores AMISTAD PERU



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD
PERU - JAPON

ANEXO N°02

FORMATO DE PERFIL DE PUESTO

IDENTIFICACION DEL PUESTO

ORGANO O UNIDAD ORGANICA: Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social (DIDRIDIAS)

DENOMINACION DEL PUESTO: TECNÓLOGO MÉDICO

NOMBRE DEL PUESTO: TECNÓLOGO MÉDICO en Terapia del Lenguaje

DEPENDENCIA JERARQUICA LINEAL: Jefe del DIDRIDIAS

DEPENDENCIA FUNCIONAL: Jefe de Servicio de atención a pacientes que corresponda.

PUESTOS A SU CARGO: No aplica.

MISION DEL PUESTO

Desarrollar actividades de Terapia del Lenguaje en prestación de salud, aplicando métodos y técnicas de tratamiento para pacientes con discapacidad intelectual de grado moderado y severo, como parte del tratamiento integral de rehabilitación, con la finalidad de lograr los objetivos y metas trazadas por el médico rehabilitador. Además, desarrollar actividades de investigación y desarrollo de capacidades en el area de su competencia, según los objetivos del Departamento

FUNCIONES DEL PUESTO

Aplicar métodos, técnicas de evaluación y tratamiento propios de tecnología médica en su especialidad, para la rehabilitación integral del paciente, con pautas a la familia

Participar en el diseño de los programas de tratamiento en Terapia del Lenguaje.

Dar atención cercana al paciente con discapacidad intelectual, monitoreando su desempeño durante la aplicación de la terapia prescrita.

Elaborar informes de las evaluaciones o terapia del lenguaje realizada y realizar su registro en el medio dispuesto por el departamento.

Participar en actividades educativas dirigidas a pacientes y familiares (orientacion, talleres, charlas)

Participar en actividades de docencia y asesoria a internos de su especialidad y rotantes en el servicio, en el ambito de su competencia.

Participar en reuniones clínicas del equipo multidisciplinario y otras reuniones de coordinación, según indicación de la jefatura.

Participar en la propuesta de normas y procedimientos en Terapia del Lenguaje.

Cumplir con las normas, reglamentos, procedimientos y disposiciones internas.

Mantener permanentemente informado a su superior inmediato sobre las actividades que ha desarrollado.

Otras que se le asignen, dentro de su competencia.

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

Con el jefe del DIDRIDIAS, jefe de servicio, coordinador(a) general, coordinador(a) de terapistas del lenguaje.

COORDINACIONES EXTERNAS

No aplica.

FORMACION ACADEMICA

A). NIVEL EDUCATIVO

INCOMPLETA COMPLETA

<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA(1 O 2 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR(3 O 4 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B). GRADO(S)/SITUACION ACADEMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO

EGRESADO(A)

BACHILLER

TITULO/LICENCIATURA

MAESTRÍA

EGRESADO

DOCTORADO

EGRESADO

Licenciado de Tecnología Médica en la especialidad de Terapia del Lenguaje.

TITULADO

TITULADO

C). ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

SI NO

¿REQUIERE HABILITACION PROFESIONAL?

SI NO

¿REQUIERE SERUMS? (LEY N° 23330)

SI NO

CONOCIMIENTOS

A). CONOCIMIENTOS TECNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTADORA):

Conocimientos vinculados a la función del puesto. Conocimientos prácticos de Office.

B): CURSOS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.

Cursos de actualización relacionados a temas de discapacidad infantil, por ejemplo, trastorno del espectro autista.

C). CONOCIMIENTOS EN OFIMATICA E IDIOMAS

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
PROCESADOR DE TEXTOS (Word, Open, Office)				
HOJAS DE CALCULO (EXCEL, OPENCALC, ETC.)				
PROGRAMA DE PRESENTACIONES (PPT)				
OTROS)				

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLES		X		
...				
...				
(OBSERVACIONES)	Opcional			

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO

Un año.

EXPERIENCIA ESPECIFICA

A. INDIQUE EL TRIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO.

Opcional: un año de experiencia en atención a pacientes con Retraso Mental.

B. EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO EN LA FUNCION O LA MATERIA:

C. MARQUE EL NIVEL MINIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO(PARTE A); SEÑALE EL TIEMPO REQUERIDO EN EL SECTOR PUBLICO:

PRACTICANTE PROFESIONAL AUXILIAR O ASISTENTE ANALISTA ESPECIALISTA SUPERVISOR/COORDINADOR JEFE DE AREA GERENTE O DIRECTOR

*MENCIONA OTROS ASPECTOS COMPLEMENTARIOS SOBRE EL REQUISITO DE EXPERIENCIA, EN CASO EXISTIERA ALGO ADICIONAL PARA EL PUESTO

NACIONALIDAD

¿SE REQUIERE NACIONALIDAD PERUANA? SI NO

ANOTE EL SUSTENTO

La nacionalidad no es requisito para aplicar Terapia del Lenguaje.

HABILIDADES COMPETENCIAS

HABILIDADES: organización de la información, empatía, relaciones interpersonales, coordinación, buena actitud laboral

COMPETENCIAS: comunicación asertiva, orientación hacia los resultados, trabajo en equipo, responsabilidad

Disponibilidad inmediata para laborar en turnos alternos.

Deseable: Alguna capacidad de comunicación en lenguas originarias


MC. CARLOS BEJAR VARGAS
 M.C. Rehabilitador - CMP. 13849 RNE. 7386
 Medico jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Rehabilitación
 Integral en las Deficiencias Intelectuales y Adaptación Social
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
 "AMISTAD PERÚ-JAPÓN"



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD
PERU - JAPON

ANEXO N°02

FORMATO DE PERFIL DE PUESTO

IDENTIFICACION DEL PUESTO

ORGANO O UNIDAD ORGANICA: Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social (DIDRIDIAS)

DENOMINACION DEL PUESTO: PSICOTERAPEUTA

NOMBRE DEL PUESTO: PSICÓLOGO

DEPENDENCIA JERARQUICA LINEAL: Jefe del DIDRIDIAS

DEPENDENCIA FUNCIONAL: Jefe de Servicio de atención a pacientes que corresponda.

PUESTOS A SU CARGO: No aplica.

MISION DEL PUESTO

Desarrollar actividades de Psicología en prestación de salud, aplicando métodos y técnicas de tratamiento para pacientes con discapacidades de grado moderado y severo, especialmente con discapacidad intelectual, como parte del tratamiento integral de rehabilitación, con la finalidad de lograr los objetivos y metas trazadas por el médico rehabilitador. Además, desarrollar actividades de investigación y desarrollo de capacidades en el área de su competencia, según los objetivos del Departamento

FUNCIONES DEL PUESTO

Aplicar métodos, técnicas de evaluación y tratamiento propios de psicología para la rehabilitación integral del paciente, con pautas a la familia

Participar en el diseño de los programas de tratamiento en Psicología

Dar atención cercana al paciente con discapacidad intelectual, monitoreando su desempeño durante la aplicación de la terapia prescrita.

Elaborar informes de las evaluaciones o psicoterapia realizada y realizar su registro en el medio dispuesto por el departamento.

Participar en actividades educativas dirigidas a pacientes y familiares (orientación, talleres, charlas)

Participar en actividades de docencia y asesoría a internos de su especialidad y rotantes en el servicio, en el ámbito de su competencia.

Participar en reuniones clínicas del equipo multidisciplinario y otras reuniones de coordinación, según indicación de la jefatura.

Participar en la propuesta de normas y procedimientos en Psicología.

Cumplir con las normas, reglamentos, procedimientos y disposiciones internas

Mantener permanentemente informado a su superior inmediato sobre las actividades que ha desarrollado

Otras que se le asignen, dentro de su competencia.

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

Con el jefe del DIDRIDIAS, jefe de servicio, coordinador(a) general, coordinador(a) de psicólogos.

COORDINACIONES EXTERNAS

No aplica.

FORMACION ACADEMICA

A). NIVEL EDUCATIVO

	INCOMPLETA	COMPLETA
<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA(1 O 2 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR(3 O 4 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B). GRADO(S)/SITUACION ACADEMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO

<input type="checkbox"/> EGRESADO(A)	Licenciado en Psicología
<input type="checkbox"/> BACHILLER	
<input checked="" type="checkbox"/> TITULO/LICENCIATURA	
<input type="checkbox"/> MAESTRÍA	
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> DOCTORADO	
<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO

C). ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

SI NO

¿REQUIERE HABILITACION PROFESIONAL?

SI NO

¿REQUIERE SERUMS? (LEY N° 23330)

SI NO

CONOCIMIENTOS

A). CONOCIMIENTOS TECNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO(NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTADORA):

Conocimientos vinculados a la función del puesto. Conocimientos prácticos de Office.

B): CURSOS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.

NOTA: CADA CURSO DEBEN TRAER NO MENOS DE 12 HORAS DE CAPACITACION Y LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION NO MENOS DE 90 HORAS

Cursos de actualización relacionados a temas de discapacidad infantil, por ejemplo, trastorno del espectro autista.

C). CONOCIMIENTOS EN OFIMATICA E IDIOMAS

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
PROCESADOR DE TEXTOS (Word, Open, Office)				
HOJAS DE CALCULO(EXCEL OPENCALC, ETC.)				
PROGRAMA DE PRESENTACIONES (PPT)				
(OTROS)				

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLES		x		
...				
...				
(OBSERVACIONES)_				

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO

Un año.

EXPERIENCIA ESPECIFICA

A. INDIQUE EL TRIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PUBLICO O PRIVADO.

Opcional: un año de experiencia en atención a pacientes con Retraso Mental.

B. EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO EN LA FUNCION O LA MATERIA:

.....

C. MARQUE EL NIVEL MINIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO(PARTE A); SEÑALE EL TIEMPO REQUERIDO EN EL SECTOR PUBLICO:

PRACTICANTE PROFESIONAL AUXILIAR O ASISTENTE ANALISTA ESPECIALISTA SUPERVISOR/COORDINADOR JEFE DE AREA GERENTE O DIRECTOR

*MENCIONA OTROS ASPECTOS COMPLEMENTARIOS SOBRE EL REQUISITO DE EXPERIENCIA, EN CASO EXISTIERA ALGO ADICIONAL PARA EL PUESTO

.....

NACIONALIDAD

¿SE REQUIERE NACIONALIDAD PERUANA? SI NO

ANOTE EL SUSTENTO

La nacionalidad no es requisito para aplicar Psicología.

HABILIDADES COMPETENCIAS

HABILIDADES: organización de la información, empatía, relaciones interpersonales, coordinación, buena actitud laboral

COMPETENCIAS: comunicación asertiva, orientación hacia los resultados, trabajo en equipo, responsabilidad

Disponibilidad inmediata para laborar en turnos alternos.

Deseable: Alguna capacidad de comunicación en lenguas originarias


 MC. CARLOS BEJAR VARGAS
 M.C. Rehabilitador - CMP. 13849 RNE. 7394
 Médico jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Rehabilitación
 Integral en las Deficiencias Intelectuales y Adaptación Social
 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
 "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAP.


 MC. LENNY MENDOZA TORRES
 DIRECTORA EJECUTIVA
 CMP 29438 RNE 14581
 Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y
 Rehabilitación Integral en Funciones Especiales
 Ministerio de Salud
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
 "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAP.

Solicitud de Inscripción

Señora presidenta de la Comisión de Concurso para cubrir Plazas Asistenciales del Insituto Nacional de Rehabilitacion "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU – JAPON, 2021.

Yo, _____, identificado/a con D.N.I. N°: _____, domiciliado/a en: _____, distrito de _____, provincia de _____ Departamento de _____.

Ante usted me presento y manifiesto mi deseo de participar en el Proceso de Concurso para cubrir Plazas Asistenciales 2021, del Insituto Nacional de Rehabilitacion "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN, conociendo las Bases establecidas, para ocupar el cargo: _____, Item N°: _____, y de la Unidad Orgánica: _____, convocado por la Institución. Para lo cual declaro que cumpla íntegramente con los requisitos establecidos en las bases correspondientes y que cumpla en adjuntar la documentación que lo sustenta.

También expreso que mi disponibilidad para incorporarme al Insituto Nacional de Rehabilitacion "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón es inmediata.

Chorrillos, de del 2021.

(Firma)

DNI:.....

FORMATO N° 01



Fecha: ___ / ___ / _____

FICHA CURRICULAR

PROCESO DE CONVOCATORIA CONCURSO ABIERTO : CONTRATO POR SUPLENCIA TEMPORAL N° _____

Nombre del Puesto

Unidad Orgánica

NOTA: La información contenida en la presente Ficha de Postulación tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual el INR tomará en cuenta la información en ella consignada. El INR se reserva el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente de los documentos presentados en copia.
La Evaluación Curricular se basará estrictamente en la información registrada en esta Ficha Curricular, cuya acreditación documental obligatoria deberá ser presentada para la Etapa de la Entrevista y no podrá ser utilizada para mejorar lo indicado en el presente formulario.
Se le recuerda que cualquier dato consignado en esta Ficha Curricular que no esté documentado o que resultara falso o equivocado o haya omitido, ANULARÁ su condición de postulante, por ende no podrá continuar con el proceso de selección y el INR se reserva de las acciones legales que crea conveniente.

A. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento: (Dd/Mm/Aaaa)	
Lugar de Nacimiento: Dpto. / Prov. / Distrito	
N° de DNI o Carne de Extranjería	
N° de RUC	
Estado Civil	
Domicilio Actual	
Dpto. / Prov. / Distrito	
N° de Teléfono Fijo / Móvil (*)	
Correo Electrónico (*)	

*Consigne correctamente su número telefónico y dirección de correo electrónico, pues en caso de requerirse, la entidad utilizará tales medios para comunicarse con usted.

B. MARCAR CON UNA "X", SEGÚN CORRESPONDA:

- 1 He realizado el SERUMS o su equivalente 4 otros
- 2 Tengo Registro de Médico Auditor 5 Especificar
- 3 Tengo colegiatura

C. FORMACIÓN ACADÉMICA, GRADO ACADÉMICO Y/O NIVEL DE ESTUDIO ALCANZADO

TIPO DE FORMACIÓN / GRADO ACADÉMICO	FORMACIÓN ACADÉMICA	UNIVERSIDAD / CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL GRADO (*)
UNIVERSITARIA				
TECNICA				
SECUNDARIA				
MAESTRÍA				
DOCTORADO				

(*) De consignar en Nivel Alcanzado - EN CURSO - indicar el CICLO O SEMESTRE alcanzado en la celda de Fecha de Expedición del Grado o Egreso. Dejar los espacios en blanco para la formación académica que no aplique para el perfil.

D. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN

Cursos (incluye cualquier modalidad de capacitación: cursos, talleres, seminarios, conferencia, entre otros) con no menos de 12 horas de duración. No son acumulativos. Se podrán considerar acciones de capacitación con una duración mayor a 08 horas, en caso de ser organizados por un ente rector en el marco de sus atribuciones normativas.

Programas de Especialización o Diplomados con no menos de 90 horas, o mayor a 80 horas en caso de ser organizados por disposición de un ente rector, en el marco de sus atribuciones normativas.

D.1 CURSOS, TALLERES Y/O SEMINARIOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)

N°	CURSOS, TALLERES Y/O SEMINARIOS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS
1				
2				
3				
4				
5				

D.2 ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)

N°	ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADOS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS
1				
2				
3				
4				
5				

E. CONOCIMIENTO PARA EL PUESTO

D.1 INFORMÁTICA E IDIOMAS

Nº	PROGRAMA (Word, Excel, Power Point, otros)	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO
1			
2			
3			

IDIOMA	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO

F. EXPERIENCIA

Cada experiencia laboral que se consigne deberá de ser registrada tal como lo indica el documento que sustente dicho fin (Certificado, Constancia, Boleta de Pago, Resolución, Orden de Servicio u otros) en el cual se debe observar claramente el Cargo Desempeñado, Fecha de Inicio y Fin.

F.1 EXPERIENCIA LABORAL GENERAL

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL		
							AÑOS	MES	DÍAS
1							0	0	0
2							0	0	0
3							0	0	0
4							0	0	0
5							0	0	0
6							0	0	0
7							0	0	0
8							0	0	0
9							0	0	0
10							0	0	0
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL GENERAL							AÑOS	MES	DÍAS
							0	0	0

F.1 EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA

Experiencia laboral asociada a la función y/o materia del puesto. (Registrar sólo las experiencias laborales relacionadas al puesto).

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL		
							AÑOS	MES	DÍAS
1							0	0	0
2							0	0	0
3							0	0	0
4							0	0	0
5							0	0	0
6							0	0	0
7							0	0	0
8							0	0	0
9							0	0	0
10							0	0	0
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA							AÑOS	MES	DÍAS
							0	0	0

PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

Soy Licenciado de las Fuerzas Armadas y cuento con la Certificación y/o documentación correspondiente.

En el caso marque "SI" indicar:

Nº Carnet de Licenciatura de la Fuerza Armada _____

SI	NO

PERSONA CON DISCAPACIDAD

Soy una persona con Discapacidad, y cuento con la acreditación correspondiente de conformidad con lo establecido por la LEY N° 27050, CONADIS.

En el caso marque "SI" indicar:

Nº Código de CONADIS _____

SI	NO

DECLARO haber revisado las bases del concurso y los criterios de evaluación que se encuentran en la página WEB del INR y acepto las condiciones de postulación. Asimismo **DECLARO** que la información proporcionada es veraz y en caso sea necesario, autorizo su investigación. De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa, acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca.

Firma del Postulante

DNI:

FORMATO N° 02

DECLARACIÓN JURADA
DE GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Por el presente documento, él (la) que suscribe:

..... Identificado con D.N.I. N°, declaro bajo juramento gozar de buena salud Física y Mental.

En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito contra la fe pública, falsificación de documentos, (artículo 427 del Código Penal en concordancia con el artículo IV numeral 1.7) "Principio de Presunción de veracidad" del Título Preliminar de la Ley Procedimiento Administrativo General, Ley 27444.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

Chorrillos, de octubre del 2021.

.....
FIRMA

DNI N°:

FORMATO N° 02

DECLARACIÓN JURADA

(Ley N° 28882, Ley de Simplificación de la Certificación Domiciliaria)

Yo: _____ identificado (a) con D.N.I. N°: _____,
en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos y de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 28882 de
Simplificación de la Certificación Domiciliaria, en su Artículo 1°.

DECLARO BAJO JURAMENTO: Que mi domicilio actual se encuentra ubicado en:

.....
.....

Realizo la presente declaración jurada manifestando que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación de lo declarado.

En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito contra La Fe Pública, falsificación de documentos, (Artículo 427° del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7) "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley 27444.

En señal de Conformidad firmo el presente documento.

Chorrillos,.....de.....del 2021

FIRMA

DNI N°:

FORMATO N° 02

**DECLARACION JURADA
DE NO TENER ANTECEDENTES JUDICIALES, PENALES NI POLICIALES**

Por el presente documento, el (la) que suscribe:

..... Identificado (a), con D.N.I. N°..... ; declaro bajo juramento no tener

Antecedentes Policiales Penales ni Judiciales.

En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito contra la fe pública, falsificación de documentos, (artículo 427 del código penal en concordancia con el artículo IV numeral 1.7) "Principio de Presunción de veracidad" del Título Preliminar de la Ley Procedimiento Administrativo General, Ley 27444.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

Chorrillos, de de 2021

.....

FIRMA

DNI N°:

FORMATO N° 02

DECLARACIÓN JURADA
(Para prevenir casos de nepotismo)

Yo: _____ identificado (a) con D.N.I. N°: _____

Domiciliado (a) en _____, en aplicación de la Ley N° 26771 que establece prohibición de ejercer la facultad de Nombramiento y Contratación de Personal en el Sector Público, en caso de parentesco y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

() Tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consaguinidad o segundo grado de afinidad o por vínculo matrimonial o unión de hecho con el (los) Integrante(s) de la Comisión de Concurso Abierto o personal de confianza del Insituto Nacional de Rehabilitacion "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU – JAPON que detallo a continuación (Indicar nombre, apellido, grado de parentesco o afinidad y cargos o posición que ocupa).

1.- _____

2.- _____

3.- _____

() No tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consaguinidad o segundo grado de afinidad o por vínculo matrimonial o unión de hecho con el (los) Integrante(s) de la Comisión de Concurso Abierto o personal de confianza del Insituto Nacional de Rehabilitacion "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU – JAPON.

Chorrillos,.....de.....de 2021

FIRMA

DNI N°:

FORMATO N° 02

**DECLARACIÓN JURADA
REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM**

Por el presente documento Yo,
con DNI N°, domiciliado(a) actualmente en,
y teléfono fijo / celular N°

En virtud a lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley N° 28970, que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, concordante con el artículo 11° de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2017-JUS; y al amparo de los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos,

DECLARO BAJO JURAMENTO que:

Marque con **X**

SI	NO
-----------	-----------

Estar registrando en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.

Chorrillos,dedel 2021

.....
Firma del declarante.

DNI N°:

FORMATO N° 02

**DECLARACIÓN JURADA
(DE NO ESTAR INHABILITADO)**

Yo,
con DNI N°y domicilio fiscal en.....
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No encontrarme en el Registro de inhabilitados para contratar con el Estado, según las disposiciones de la Ley de Contrataciones del Estado.
- No encontrarme en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD, administrado por SERVIR.

Observación importante: La Oficina de Personal realizará el seguimiento de manera obligatoria y en caso de incumplimiento a la presente Declaración Jurada podrá dar término al contrato, bajo responsabilidad del firmante.

Chorrillos, _____ de _____ de 2021.

Firma

DNI N°