



RED DE SALUD HUAROCHIRÍ



BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION

CAS N° 001-2021-RED DE SALUD HUAROCHIRI

**PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL CONTROL Y
PREVENCION EN SALUD MENTAL**



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

RED DE SALUD DE HUARACHIRI

BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN

**CAS N° 01- 2021 – RED DE SALUD HUARACHIRI – PROGRAMA ESTRATEGICO
PRESUPUESTAL CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL**

I. GENERALIDADES

1.1.- Objeto de la Convocatoria

Contratar los servicios de Profesionales de la salud, Técnicos Asistenciales y Personal Administrativos, bajo el régimen laboral especial del Decreto Legislativo N°1057 - CAS, de la unidad ejecutora Red de Salud Huarochirí, Centro de Salud Mental Comunitario.

1.2.- Entidad Convocante:

Nombre: RED DE SALUD DE HUARACHIRI
RUC: 20544005864

1.3.- Dependencia, Unidad Orgánica y/o Área solicitante

Dirección de la Oficina de Salud Integral - Red de Salud Huarochirí

1.4.- Domicilio legal

Asociación Pomatícla Av. Los Claveles Mz. B Lt.15B - Santa Eulalia

1.5.- Dependencia encargada de realizar el proceso de la contratación

Las etapas de la convocatoria serán conducidas por la comisión Evaluadora de Procesos de Convocatoria CAS de la Red de Salud Huarochirí,



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"
integrado por tres (3) Miembros titulares. El proceso de contratación estará a cargo de la Unidad de Recursos Humanos.

1.6.- Fuente de Financiamiento

Recursos Ordinarios (RO) del presupuesto correspondiente al ejercicio fiscal del año 2021.

1.7.- Base Legal

- a) La Constitución Política del Perú.
- b) Ley N° 27588, ley que establece prohibiciones e incompatibilidad de funciones y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al estado bajo cualquier modalidad contractual y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 01 – 2002- PCM.
- c) Decreto Legislativo N° 1161, ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- d) Decreto de Urgencia N° 029-2020, que establece medidas extraordinarias en materia de personal del sector público.
- e) Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- f) 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.
- g) Decreto de Supremo N° 012-2021-EF. Autorizan la Transferencia de partida a favor de los gobiernos regionales en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2021.
- h) Resolución de Presidente Ejecutiva N° 107 – 2011 – SERVIR/PE.
- i) Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y sus modificaciones.
- j) Ley N° 27050 Bonificación en el Concurso de Méritos para cubrir vacantes (Ley General de la persona con discapacidad) y su modificatoria Ley N° 28164.



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

- k) Ley N° 29248, Ley del Servicio Militar que otorga porcentaje del 10% en concursos para puestos de trabajo en la Administración Pública.
- l) Ley N° 31084, Ley del Presupuesto del Sector Publico para el año Fiscal 2021.
- m) Ley N° 27806, Ley de transparencia y de acceso a la información pública.
- n) Ley N° 26771, Ley de Nepotismo.
- o) Resolución de Presidente Ejecutiva N° 108 – 2011 – SERVIR/PE.
- p) Otras disposiciones generales e internas vigentes que regulen la contratación administrativa de servicios CAS.



II. **CONDICIONES ESCENCIALES DEL CONTRATO**



CONDICIONES	DETALLE
Lugares de la prestación del Servicio	Centro de Salud Mental Comunitario – Distrito de San Antonio - Huarochiri
Duración del Contrato Temporal	Inicio: A partir de la fecha de ejecución de la suscripción de contrato. Periodo de Prueba 03 meses
Otras condiciones del contrato	Disponibilidad Inmediata



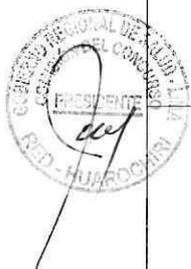
III. **PLAZAS OFERTADAS**

Requerimiento de personal asistencial y administrativo para el **CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – DISTRITO DE SAN ANTONIO - HUARACHIRI**

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

VI. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO (*)

	CONVOCATORIA	FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
1	Publicación del proceso en la página www.talenteru.gob.pe de la Autoridad Nacional de Servicio Civil – SERVIR	Desde el 19 de Febrero hasta el 05 de Marzo del 2021	Unidad de Recursos Humanos
2	Publicación Vía Electrónica: Publicación de la Convocatoria CAS - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, en la Página WEB: www.redhuarochiri.gob.pe y redes sociales.	Desde el 22 de Febrero del 2021	Área de Tecnología de la Información.
3	Postulación presencial: Presentación del CV. Con los anexos descritos en las bases para la Contratación de Personal, en la Oficina de la Unidad de Recursos Humanos de la Red de Salud de Huarochirí (Asociación de Vivienda Pomaticla Av. Los Claveles Mz. B Lt. 15B – 15B – Santa Eulalia. Ref. Altura del KIS-KAS). Presentarse en la fecha y horario establecida.	08 de Marzo del 2021 8:00 a.m. a 16:45 p.m.	Unidad de Recursos Humanos
SELECCIÓN			
4	Evaluación del cumplimiento de requisitos.	09 de Marzo del 2021	Comité de Evaluación
5	Publicación de resultados de la evaluación de la FICHA UNICA DE DATOS en la página web de la Red de Salud de Huarochirí http://www.redhuarochiri.gob.pe	09 de Marzo del 2021	Área de Tecnología de la Información.
6	Apelaciones: Presentación de apelaciones de manera presencial, en la Oficina de la Unidad de Recursos Humanos de la Red de Salud de Huarochirí (Asociación de Vivienda Pomaticla Av. Los Claveles Mz. B Lt. 15B – Santa Eulalia. Ref. Altura del KIS-KAS). Presentarse en la fecha y horario establecida.	10 de Marzo del 2021 08:00 am. – 10:00 am.	Comité de Evaluación



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

7	Absolución y publicación de las apelaciones.	10 de Marzo del 2021 11:00 am.	Comité de Evaluación
8	Entrevista Final: Presentación de la entrevista de manera presencial, en el auditorio de la Red de Salud de Huarochiri (Asociación de Vivienda Pomaticla Av. Los Claveles Mz. B Lt. 15B – Santa Eulalia. Ref. Altura del KIS-KAS). Presentarse en la fecha y horario establecida.	11 de Marzo del 2021	Comité de Evaluación
9	Publicación de resultado final en la página web: http://www.redhuarochiri.gob.pe	11 de Marzo del 2021	Unidad de Recursos Humanos
10	Suscripción del Contrato	12 de Marzo del 2021	Área de Tecnología de la Información.
11	Inicio de Actividades	12 de Marzo del 2021	Unidad de Recursos Humanos

VII. DOCUMENTOS A PRESENTAR

5.1. De la presentación de Hoja de Vida

La información consignada en la Hoja de Vida debe contener la información solicitada de acuerdo al perfil del puesto al cual va a postular. **(SEGÚN ANEXO 01 al 11)** foliados, de la última hoja hacia adelante y en la parte inferior derecha.

5.2. Presentación Ficha Única de Datos

La Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal debe estar correctamente llenada y sin ninguna enmendadura. Este documento 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 lleva a cabo la entidad.

VIII. DE LA DECLARATORIA DEL PROCESO DESIERTO

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

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

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

IX. ENTREGA DE DOCUMENTOS

La entrega de los anexos debe estar correctamente llenada y sin ninguna enmendadura, **Indicar el CARGO y CODIGO**

Ejemplo:

Asunto: LICENCIADA EN ENFERMERÍA - CODIGO: LE-002 CSMC

X. PERFIL DEL PUESTO:

Los postulantes deberán cumplir con los requisitos exigidos en el perfil de puesto de cada plaza convocada.

• **Evaluación curricular:**

La evaluación curricular es de carácter ELIMINATORIO, se realizará revisando la ficha presentada por los postulantes.

Los anexos se publicarán en la página web www.redhuarochiri.gob.pe (Anexo 01, Anexo 02, Anexo 03, Anexo 04, Anexo 05, Anexo 06, Anexo 07, Anexo 08, Anexo 09, Anexo 10, Anexo 11)

La documentación se presentará en el siguiente orden:

- a) Adjuntar el Anexo 01, Anexo 02, Anexo 03, Anexo 04, Anexo 05, Anexo 06, Anexo 07, Anexo 08, Anexo 09, Anexo 10, Anexo 11, se descargarán de la página web www.redhuarochiri.gob.pe
- b) Copia simple del Documento Nacional de Identidad (DNI) fedateada.

En el caso de ser licenciado de las fuerzas armadas o contar con certificado de discapacidad, adjuntar la documentación correspondiente que acredite tal condición por parte de la autoridad competente en los archivos mencionados.

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

La relación de postulantes evaluados es publicada a través del portal institucional www.redhuarochiri.gob.pe Sección "Convocatoria CAS" en la fecha establecida en el cronograma.



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Formación Académica

Se verificara que los requisitos de formación académica, grado o situación académica, colegiatura y habilitación profesional, sean los solicitados en los términos de referencia.

Tratándose de estudios realizados en el extranjero, los títulos universitarios, grados académicos o estudios de posgrado emitidos por una universidad o entidad extranjera o los documentos que los acrediten, deben ser registrados previamente ante la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU).

- **Cursos/ Estudios de especialización**

Los cursos deberán estar relacionados y ser afines a las funciones del puesto. (Visualizar cuadro resumen)

Se determina el cumplimiento de los requisitos mínimos para el puesto y, se califica a cada postulante como "APTO" si cumple con todos los requisitos mínimos o "NO APTO" si no cumple con alguno de ellos, de acuerdo a los criterios establecidos en los "Criterios de Evaluación Curricular".

Finalmente, se otorga el puntaje correspondiente sólo a los candidatos "Aptos" quienes podrán obtener un puntaje mínimo de treinta (30) puntos y un máximo de cincuenta (50) puntos.

XI. DISPOSICIONES GENERALES

- La entrevista personal tiene por finalidad encontrar a los candidatos más adecuados de acuerdo a los requerimientos de los puestos de trabajo que desempeñaran, es decir, se analiza su perfil en el aspecto personal, el comportamiento, las actitudes y habilidades del postulante conforme a las competencias de cada perfil de puesto.
- Toda la información será presentada de manera obligatoria en un fólder manila con faster, en un sobre cerrado, debidamente foliado, fedateado por la institución y firmado, iniciando el foliado desde la primera página de manera consecutiva hasta la última página del documento (de adelante hacia atrás). Un folio corresponde a una cara escrita del documento, de debe considerar



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

que una hoja podría estar escrita para ambas caras, esto equivale a dos números de folios. TODOS LOS DATOS QUE SEAN REGISTRADOS EN EL ROTULO DEL SOBRE DEBERAN ESTAR ESCRITOS CON LETRA IMPRESA, CLARA Y LEGIBLE.

- El postulante a este proceso, no se podrá presentar a más de una plaza en la convocatoria, de presentarse a más de una plaza, será NO ADMITIDO.
- El postulante que no sustente con documentos el cumplimiento de la totalidad de los requerimientos mínimos señalados en las bases del Concurso y Perfil, asimismo que no presente los anexos firmados de acuerdo a los formatos que se adjuntan, no será considerado para la siguiente etapa, considerándose como ELIMINADO.
- El folder manila que contenga el CV documentado, debe de ir dentro de un sobre manila CERRADO, debiendo consignar el ROTULO establecido en las bases, que deberá SER LLENADO POR EL POSTULANTE CON LETRA IMPRESA, CLARA Y LEGIBLE.
- El postulante deberá tener en cuenta que la utilización de otro rótulo diferente al establecido en las bases, que utilice en el sobre que contenga su currículum; conllevará a que sea eliminado automáticamente, no pudiendo pasar a la etapa de evaluación curricular.
- Con respecto a los puntajes en la etapa de entrevista personal:
 - El puntaje máximo aprobatorio es de 50 puntos
 - El puntaje mínimo aprobatorio es de 30 puntos
- Aquel postulante que obtenga un puntaje menor será considerado como "NO APTO".
- Asimismo, el postulante deberá presentarse a la entrevista final en la fecha y hora indicada en la publicación de resultados preliminares, de lo contrario será considerado "DESCALIFICADO".
- La lista de los resultados de la evaluación obtenida en cada una de las etapas deberá publicarse en orden de mérito, con los puntajes obtenidos y señalando a las personas que fueron seleccionadas.



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

- El puntaje final es la sumatoria de los puntajes de la evaluación curricular y la entrevista personal
- Las bonificaciones especiales se aplicara al puntaje aprobatorio según la ley.
- Los resultados de la evaluación final se publican a través de los mismos medios utilizados para publicar la convocatoria, debiendo contener los nombres del postulante ganador y el puntaje final obtenido.
- Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán un máximo y un mínimo de puntos, distribuyéndose de esta manera:

EVALUACIONES	PESO %	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
EVALUACION CURRICULAR	50%	30	50
ENTREVISTA PERSONAL	50%	30	50
PUNTAJE TOTAL	100%	60	100



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"
**CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – DISTRITO DE SAN ANTONIO -
HUARACHIRI**

CODIGO	CARGO	REMUNERACION	PEAS
MF-001 CSMC	MEDICO CIRUJANO DE FAMILIA O MEDICO CIRUJANO	6,500.00	01
LE-002 CSMC	LICENCIADA EN ENFERMERIA	3,300.00	04
TO-003 CSMC	TECNOLOGO MEDICO TERAPEUTA OCUPACIONAL	3,300.00	01
TA-004 CSMC	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	2,000.00	01
PV-005 CSMC	SERVICIOS GENERALES (VIGILANCIA)	1,800.00	01
PL-006 CSMC	SERVICIOS GENERALES (LIMPIEZA)	1,500.00	02
TOTAL			10

IV. MODALIDAD DE POSTULACIÓN

Postulación presencial

Las personas interesadas en participar en el proceso de selección y que cumplan con los requisitos establecidos para cada perfil de puesto convocado, deberán presentar los anexos: (**ANEXO 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11**), deberá de ser remitido en letras mayúsculas y legibles, en la Oficina de la Unidad de Recursos Humanos de la Red de Salud de Huarochirí (Asociación de Vivienda Pomaticla Av. Los Claveles Mz. B Lt. 15B – Santa Eulalia. Ref. Altura del KIS KAS). Presentarse en la fecha y horario establecido en el cronograma.

Ejemplo:

Asunto: LICENCIADA EN ENFERMERÍA - CODIGO: LE-002 CSMC

La remisión de lo expuesto deberá de realizarse en el horario y fecha establecida en el cronograma. Caso contrario **NO** se evaluará lo presentado.



FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO



Unidad Orgánica: RED DE SALUD HUAROCHIRI
Denominación: SERVICIO GENERAL (VIGILANCIA)
Nombre del puesto: SERVICIO GENERAL (VIGILANCIA) CODIGO: PV-005 CSMC
Numero del puestos: UNO (01) CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
Dependencia Jerárquica Lineal: PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
Dependencia Jerárquica funcional: RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Puestos que supervisa: NO APLICA

MISIÓN DEL PUESTO

Garantizar la seguridad y el resguardo de las instalaciones, así como de las personas que puedan encontrarse en los mismos.

FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Coordinar las actividades de vigilancia según la programación y normativa vigente.
- 2 Controlar el ingreso y salida de los bienes patrimoniales del establecimiento previa autorización.
- 3 Controlar el ingreso y salida del personal que labora en el Centro de Salud Mental Comunitario de acuerdo al horario establecido.
- 4 Controlar el ingreso y salida de los usuarios, así como del personal ajeno al Centro de Salud Mental Comunitario.
- 5 Orientar y brindar información al usuario.
- 6 Llevar el control permanente para evitar que se produzcan daños personales, robos, y actos que alteren el normal funcionamiento de las actividades.
- 7 Preparar y presentar informes y reportes de la ocurrencia del servicio.
- 8 Evaluar la seguridad de las instalaciones y reportar cualquier anomalía o situaciones insegura que se detecten.
- 9 Apoyar en la verificación de la conformidad del servicio de seguridad y vigilancia brindado por servicios de terceros.
- 10 Velar por los bienes patrimoniales del establecimiento de salud mental comunitario.
- 11 Otras funciones que le asigne su jefe inmediato.

TIEMPO DE SERVICIO

Desde la suscripción del contrato, Periodo de Prueba 03 meses (pudiendo ser renovado).

Coordinaciones Internas

Jefatura del Establecimiento de Salud

Coordinaciones Externas

Red de Salud Huarochiri

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

<input checked="" type="checkbox"/>	Incompleta	<input type="checkbox"/>	Completa
<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	VIGILANCIA
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	No
¿Requiere habilitación profesional?			
	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	No

Universitario Egresado Titulado
 Doctorado Egresado Titulado

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

CERTIFICADO DE ESTUDIO DEL 1° AL 5° AÑO DE SECUNDARIA

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Indique los conocimientos y experiencia relacionado a la seguridad

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	x			
Excel	x			
Powerpoint	x			

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	x			
.....				
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

Experiencia mínima de (12) meses en el cargo al que postula en sector publico y/o privados

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional Auxiliar o Asistente Analista / Especialista Supervisor / Coordinador Jefe de Sub Área o Dpto Gerente o Director

B.) Marque el nivel mínimo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

Experiencia mínima de (12) meses en el cargo al que postula en sector publico y/o privado

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

SÍ, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

Experiencia relacionado a la seguridad

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Responsabilidad, solidaridad, liderazgo, proactividad y capacidad de trabajo en equipo multidisciplinario. Sólida formación en principios éticos (integridad, confiabilidad, objetividad, cortesía, respeto, buen trato a los usuarios internos y externos).

REMUNERACION IMPONIBLE

Monto de contraprestación: Mil ochocientos soles. s/.1,800.00

FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: RED DE SALUD HUAROCHIRI
Denominación: MEDICO CIRUJANO DE FAMILIA O MEDICO CIRUJANO
Nombre del puesto: MEDICO CIRUJANO DE FAMILIA O MEDICO CIRUJANO CODIGO: MF-001 CSMC
Numero de puestos: UNO (01) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
Dependencia Jerárquica Lineal: PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
Dependencia Jerárquica funcional: RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Puestos que supervisa: NO APLICA



MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención comunitaria especializada en salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitario.

FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Apoyo al responsable de salud mental a implementar y organizar la comisión de asistencia gestión y articulación de los servicios de salud mental comunitario
- 2 Acompañamiento de casos clínicos Psicosocial elaborado por el equipo interdisciplinario del CSMC.
- 3 Evaluación inicial con apertura y elaboración de historia clínica según corresponda a la necesidad del servicio.
- 4 Atención ambulatoria a personas con morbilidad por trastornos mentales y problemas Psicosociales para tratamiento farmacológico intervención terapéutica
- 5 Participación con el equipo interdisciplinario en la formulación del caso así como en el diseño y monitoreo del plan de atención individual.
- 6 Visitas domiciliarias a pacientes/familiares determinado y/o el riesgo familiar.
- 7 Intervención individual, familiar y comunitaria fundamentadas en los elementos esenciales de la atención primaria de la salud para la promoción y prevención en salud mental.
- 8 Fomentar mecanismos activos de participación comunitaria en salud mental mediante acciones intersectoriales.
- 9 Desarrolla capacidades de agentes comunitarios en tema de liderazgo de salud mental.
- 10 reuniones con líderes comunitarios de la jurisdicción.
- 11 Intervención en el diagnóstico participativo y planes locales de salud mentales.
- 12 Reuniones con otras instituciones del estado.
- 13 Desarrollar un plan de rehabilitación, reinserción conjuntamente con otros profesionales, el paciente y su familia.
- 14 Identificar los problemas del usuario y orientar una hipótesis que describa y explique su realidad.
- 15 Adoptar con el usuario las decisiones más adecuadas al problema en función a la entrevista y exploración física.
- 16 Seguimiento y evaluación del paciente según criterios encontrados.
- 17 Organizar, ejecutar y evaluar campañas preventivas promocionales en la comunidad.
- 18 Registro adecuado y oportuno de HIS y FUAS de acuerdo a los códigos y/o prestaciones ejecutadas.
- 19 Actividades de intervención de salud integral para el fortalecimiento interinstitucional e intrainstitucional.
- 20 Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario.



21 Otras funciones que le asigne la jefatura del centro de salud mental comunitario.

TIEMPO DE SERVICIO

Desde la suscripción del contrato, Periodo de Prueba 03 meses (pudiendo ser renovado).

Coordinaciones Internas

Jefatura del Establecimiento de Salud.

Coordinaciones Externas

Red de Salud Huarochiri - Comunidad

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

- Egresado(a)
- Bachiller
- Título/ Licenciatura
- Maestría
- Egresado Titulado
- Doctorado
- Egresado Titulado

TITULO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
RESOLUCION DEL TERMINO DE SERUMS

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí No

¿Requiere SERUMS?

Sí No

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

Ninguno

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Salud pública con mención en gestión hospitalaria.
Diplomado en salud Ocupacional y Medio Ambiente
Enfermedades transmisibles
Bioseguridad y Control de infecciones.
Fortalecimiento de las competencias y desarrollo de habilidades clínicas para la atención de las emergencias Obstétrica.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Powerpoint	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

Experiencia mínimo un (01) año, en sector pulico (incluye SERUMS)

Experiencia específica

A.) Marque el **nivel mínimo de puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

<input checked="" type="checkbox"/> Practicante profesional	<input type="checkbox"/> Auxiliar o Asistente	<input type="checkbox"/> Analista / Especialista	<input type="checkbox"/> Supervisor / Coordinador	<input type="checkbox"/> Jefe de Sub Área o Dpto	<input type="checkbox"/> Gerente o Director
---	---	--	---	--	---

B.) Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto**; ya sea en el sector público o privado:

Experiencia mínimo un (01) año, en sector pulico (incluye SERUMS)

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (**parte B**), marque si es o no necesario contar con experiencia en el **Sector Público**:

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

Experiencia mínimo un (01) año, en sector pulico (incluye SERUMS)

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

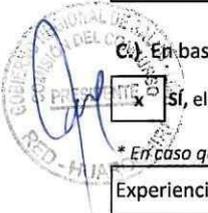
Haber realizado actividades en programa de salud familiar y comunitaria.

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Responsabilidad, solidaridad, liderazgo, proactividad y capacidad de trabajo en equipo multidisciplinario.
Sólida formación en principios éticos (integridad, confiabilidad, objetividad, cortesía, respeto, buen trato a los usuarios internos y externos).

REMUNERACION IMPONIBLE

Monto de contraprestación: SEIS MIL QUINIENTOS SOLES S/ 6,500.00



FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Denominación: LICENCIADA EN ENFERMERIA
Nombre del puesto: LICENCIADA EN ENFERMERIA CODIGO: LE-002 CSMC
Numero de puestos: CUATRO (04) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
Dependencia Jerárquica Lineal: PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
Dependencia Jerárquica funcional: RED DE SALUD HUAROCHIRI
Puestos que supervisa: NO APLICA



MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención integral de enfermería al paciente de acuerdo al diagnóstico y tratamiento médico, así como grado de dependencia

FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Realizar la evaluación inicial a los usuarios nuevos de forma presencial o telefónica según el caso lo requiera
- 2 Realizar el tamizaje de los usuarios que se comunican vía telefónica al CSMC y coordina la derivación con el profesional necesario según sea el caso
- 3 Brindar pautas de cuidado y autocuidado de la salud mental a los usuarios continuadores y sus familiares en los diferentes servicios del centro de salud mental comunitario, mediante vía telefónica.
- 4 Participar en la ejecución del plan de cuidado de la salud mental del personal de la EESS y población afectada y plan de cuidado a la familia y comunidad en el contexto Covid-19
- 5 Realizar la asistencia técnica a los responsables de salud de EESS en la implementación del plan de cuidado y autocuidado.
- 6 Realizar el seguimiento telefónico a los usuarios del programa de continuidad y cuidados y enlaza con los profesionales indicados según necesidad de cada paciente.
- 7 Realiza las visitas domiciliarias a los usuarios que presentan dificultad al seguimiento por vía telefónica para asegurar la continuidad de cuidados.
- 8 Realizar la evaluación, control, evolución de los registros de enfermería de los pacientes a su cargo.
- 9 Actividades de intervención de salud integral para el fortalecimiento interinstitucional e intrainstitucional.
- 10 Participar en la elaboración de material informativo para el cuidado de la salud mental dirigido a la población vulnerable como niños y adolescentes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad.
- 11 Participar en campañas y actividades de promoción y prevención en salud mental en el contexto de la pandemia.



TIEMPO DE SERVICIO

Desde la suscripción del contrato, Periodo de Prueba 03 meses (pudiendo ser renovado).

Coordinaciones Internas

Red de Salud Huarochiri, Jefatura del Establecimiento de Salud

Coordinaciones Externas

Red de Salud Huarochiri - Instituciones, organizaciones locales, población y otros

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

	<i>Incompleta</i>	<i>Completa</i>
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Egresado(a)
<input type="checkbox"/> Bachiller
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura

TITULADO/LICENCIADO
ENFERMERIA
RESOLUCIÓN TERMINO DE SERUMS

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Técnica Superior (3 ó 4 años)

Universitario

Maestría

Egresado Titulado

Doctorado

Egresado Titulado

Sí No

¿Requiere SERUMS?

Sí No

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

Ninguno

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los capacitación, cursos y/o programas de especialización requeridos:

Valoración en Salud Mental

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	X			
Excel	X			
Powerpoint	X			

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	x			
.....				
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

Experiencia mínimo un (01) año, en sector publico, incluido SERUMS.

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional
 Auxiliar o Asistente
 Analista / Especialista
 Supervisor / Coordinador
 Jefe de Sub Área o Dpto
 Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

Experiencia mínimo un (01) año, en sector publico, incluido SERUMS.

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

Experiencia mínimo un (01) año, en sector publico, incluido SERUMS.

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

Ninguno

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Capacidad para trabajo en equipo y liderazgo, Capacidad para trabajar bajo presión, Capacidad de interrelación en todos los niveles, Capacidad de análisis y de manejo de información, Capacidad para la toma de decisiones.

REMUNERACION IMPONIBLE

Monto de contraprestación: Tres mil trescientos soles. S/.3,300.00

FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	RED DE SALUD HUAROCHIRI
Denominación:	TECNOLOGO MEDICO TERAPEUTA OCUPACIONAL
Nombre del puesto:	TECNOLOGO MEDICO TERAPEUTA OCUPACIONAL CODIGO: TO-003 CSMC
Numero del puestos:	UNO (01) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
Dependencia Jerárquica Lineal:	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
Dependencia Jerárquica funcional:	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Puestos que supervisa:	NO APLICA



MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención comunitaria especializada en salud mental en los Centros de Salud Mental Comunitario.

FUNCIONES DEL PUESTO

1	Elabora e implementa con el equipo interdisciplinario del CSMC el programa de rehabilitación psicosocial anual.
2	Desarrollar actividades aplicando métodos y técnicas de tratamiento como parte del tratamiento integral de rehabilitación y reinserción psicosocial.
3	Aplicar métodos y técnicas de evaluación, para la rehabilitación del paciente en el área de su competencia: recuperación funcional y entrenamiento en actividades de la vida diaria básica e instrumental para la habilitación y rehabilitación de las destrezas, habilidades sensoriales, motoras, cognitivas, psicosociales. confección de aditamentos y ayudas biomecánicas según la capacidad instalada.
4	Realizar visitas domiciliarias.
5	Participación en campañas intra y extramurales
6	Organizar, ejecutar y evaluar campañas preventivas promocionales en la comunidad.
7	Registro adecuado y oportuno de HIS y FUAS de acuerdo a los códigos y/o prestaciones ejecutadas.
8	Ejecutar las actividades de desarrollo ocupacional dirigidos a las asociaciones de usuarios y familiares.
9	Participación directa con el equipo interdisciplinario y la formulación de casos así como el diseño y monitoreo del plan atención individual o programa de continuidad de cuidados según corresponda.
10	Desarrollar sesiones de entrenamiento en actividades socio laborales.
11	Evalua y estimula la capacidad funcional psicomotor del paciente.
12	Elabora el mapeo de los recursos comunitarios para el desarrollo de actividades ocupacionales en la comunidad asignada
13	Actividades de intervención de salud integral para el fortalecimiento interinstitucional e intrainstitucional.
14	Realizar mediante teleorientación evaluación y/o procedimientos terapéuticos según competencia referidos por el psiquiatra.
15	Otras funciones que le asigne la jefatura del centro de salud mental comunitario y el coordinador de salud mental de la red de salud de huarochochiri.



TIEMPO DE SERVICIO

Desde la suscripción del contrato, Periodo de Prueba 03 meses (pudiendo ser renovado).

Coordinaciones Internas
Jefatura del Establecimiento de Salud.

Coordinaciones Externas

Red de Salud Hurochiri - comunidad.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

Incompleta Completa

<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/>	Egresado(a)	
<input type="checkbox"/>	Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/>	Título/ 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

LICENCIADO TECNOLOGIA MEDICA EN LA CARRERA PROFESIONAL DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí No

¿Requiere SERUMS?

Sí No

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

Curso de Terapia Ocupacional (concluido o estudiante)

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o capacitación y/o programas de especialización requeridos:

Ninguno

Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	X			
Excel	X			
Powerpoint	X			

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	x			
.....				
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

Experiencia mínimo un (01), en sector publico, incluido SERUMS.

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional Auxiliar o Asistente Analista / Especialista Supervisor / Coordinador Jefe de Sub Área o Dpto Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

Experiencia mínimo un (01), en sector publico, incluido SERUMS.

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

** En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.*

Experiencia mínimo por tres (03) meses como Tecnologo Medico Terapia Fisica del sector salud, incluido SERUMS.

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

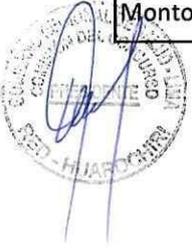
Ninguno

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Responsabilidad, solidaridad, liderazgo, proactividad y capacidad de trabajo en equipo multidisciplinario. Sólida formación en principios éticos (integridad, confiabilidad, objetividad, cortesía, respeto, buen trato a los usuarios internos y externos).

REMUNERACION IMPONIBLE

Monto de contraprestación: Tres mil trescientos soles. s/3,300.00



	Incompleta	Completa	<input checked="" type="checkbox"/> Egresado(a)	Tec. Administración, Tec. Contabilidad, Tec. Computación de institutos superior (como mínimo de 03 años de estudios)	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bachiller			¿Requiere habilitación profesional?
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura			
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maestría			
<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado			
			<input type="checkbox"/> Doctorado			
			<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado			

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (Se requiere documentación sustentaria) :

- Manejo de programas de Excel, Power point, Word, entre otros.
- **Organización de archivos físicos virtuales / llenado de historias clínicas, FUAS, HIS y registro diario.**
- Liderazgo, Procesamiento Emocional y Autoconocimiento.

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Especialización en Ofimática programas de Excel, Power point, Word.
Contabilidad general

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		x		
Excel		x		
Powerpoint		x		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	x			
.....				
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

Experiencia laboral, dos (02) años, en en sector publico y/o privado.

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

<input type="checkbox"/> Practicante profesional	<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o Asistente	<input type="checkbox"/> Analista / Especialista	<input type="checkbox"/> Supervisor / Coordinador	<input type="checkbox"/> Jefe de Sub Área o Dpto	<input type="checkbox"/> Gerente o Director
--	--	--	---	--	---

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

Experiencia laboral, dos (02) años, en en sector publico y/o privado.

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

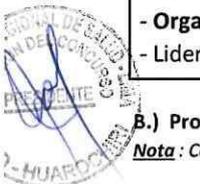
<input checked="" type="checkbox"/> Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público	<input type="checkbox"/> NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.
--	---

** En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.*

Experiencia laboral de 06 meses, en Sector Publico.

** Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.*

Atención al cliente, Bioseguridad y llenado de historias clínicas, FUAS, HIS y registro diario



HABILIDADES O COMPETENCIAS

Responsabilidad, solidaridad, liderazgo, proactividad y capacidad de trabajo en equipo multidisciplinario.
Sólida formación en principios éticos (integridad, confiabilidad, objetividad, cortesía, respeto, buen trato a los usuarios internos y externos).

REEMUNERACION IMPONIBLE

Monto de contraprestación: Dos Mil Soles. s/.2,000.00



FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Denominación: SERVICIOS GENERALES (LIMPIEZA)
Nombre del puesto: SERVICIOS GENERALES (LIMPIEZA) CODIGO: PL-006 CSMC
Numero del puestos: DOS (02) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
Dependencia Jerárquica Lineal: PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
Dependencia Jerárquica funcional: RED DE SALUD HUAROCHIRI
Puestos que supervisa: NO APLICA

MISIÓN DEL PUESTO

Ejecutar la labor de limpieza en las diferentes áreas , con la finalidad de mantener en óptimas condiciones las instalaciones.

FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Velar por la limpieza y mantenimiento del Centro de Salud Mental Comunitario.
- 2 Mantenimiento en las áreas de atención: consultorios, pasadizos y otros ambientes.
- 3 Recojo de desechos sólidos contaminantes y no contaminantes.
- 4 Verificar e informar el estado de conservación y las averías en las instalaciones del Centro de Salud Mental Comunitario.
- 5 Limpieza y mantenimiento de todos los servicios higiénicos del Centro de Salud Mental Comunitario.
- 6 Verificar e informar el estado de conservación y averías en las instalaciones.
- 7 Realizar la limpieza y desinfección de paredes, piso, baños y patios.
- 8 Ejecutar el mantenimiento y conservación de las áreas verdes del Establecimiento.
- 9 Trasladar y acomodar muebles, materiales y otros bienes.
- 10 Otras funciones que le asigne la jefatura del centro.

TIEMPO DE SERVICIO

Desde la suscripción del contrato, Periodo de Prueba 03 meses (pudiendo ser renovado).

Coordinaciones Internas

Jefatura del Establecimiento de Salud.

Coordinaciones Externas

Red de Salud Huarochiri

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí No



Universitario

Egresado

Titulado

Doctorado

Egresado

Titulado

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (certificado de estudios) :

certificado de estudios del 1° al 5° año de secundaria

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota : Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Acorde al servicio.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	x			
Excel	x			
Powerpoint	x			

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	x			
.....				
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

Experiencia mínima de (01) año establecimientos del Minsa y/o privado.

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional

Auxiliar o Asistente

Analista / Especialista

Supervisor / Coordinador

Jefe de Sub Área o Dpto

Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

Experiencia mínima de (01) año establecimientos del Minsa y/o privado.

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público

NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

** En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.*

** Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.*

Ninguno

HABILIDADES O COMPETENCIAS

Responsabilidad, solidaridad, liderazgo, proactividad y capacidad de trabajo en equipo.

Sólida formación en principios éticos (integridad, confiabilidad, objetividad, cortesía, respeto, buen trato a los usuarios internos y externos).

REMUNERACION IMPONIBLE

Monto de contraprestación: Mil quinientos soles. s/. 1,500.00



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO 01



Señores.
Red de Salud Huarochiri
Atención. Comité de Proceso CAS para Evaluación y Selección de Personal

CONVOCATORIA CAS N° 001-2021-RSH

Puesto: _____

Código Perfil del Puesto: _____

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

N° de Folios Presentados: _____





ANEXO 02

Ficha Única de Datos



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
Dirección Regional de Salud

RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Gobierno Regional De Lima

El Equipo de Trabajo Funcional 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	
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 Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS

Profesión			
Fecha de Colegiatura		RESOLUCIÓN DE SERUMS	(SI) (NO)
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado	/ /	N° de Colegiatura	
Estudios Superiores (Universitario - Técnico - Secundario)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término Año	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/ Estudiante)*
		/	
		/	
		/	

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.





"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA

La(el) que suscribe _____, identificado con DNI N° _____, con domicilio en _____, de nacionalidad _____, mayor de edad, de estado civil _____, de profesión _____, con carácter de Declaración Jurada manifiesto lo siguiente:

1. NO tener antecedentes Penales¹, Policiales, ni Judiciales.
2. Gozar de Buena Salud Física y Mental.
3. NO Estar inhabilitado para contratar con el Estado.
4. NO tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970
5. NO estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD.
6. NO encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional,
7. NO encontrarme en proceso judicial vigente en contra de los establecimientos de salud de la Red de Salud de Huarochiri,

Declaro bajo juramento, someterme a las disposiciones de las Bases que regula el presente Proceso de Selección para la Contratación de Personal bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.

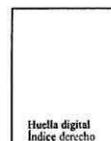
Así también, declaro que todo lo contenido en mi Hoja de Vida y los documentos que lo sustentan son verdaderos; de no ser así me someto a las disposiciones legales correspondientes.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Santa Bulalia, _____ de _____ del 2021

Firma

DNI:



Huella digital
Índice derecho

¹ Ley N° 29607, de fecha 22 de octubre del 2010.

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 04 DECLARACION JURADA DE NEPOTISMO

El que suscribe,
identificado con DNI N°, con RUC N° domiciliado en

.....
declara bajo juramento: No tener grado de parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con personal que preste y/o prestó servicio en el **RED DE SALUD HUARACHIRI**, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicio o Contratos de Administración de Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad-Honorem.

EN CASO DE TENER PARIENTES EN LA RED DE SALUD HUARACHIRI

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia (Departamento), de la **RED DE SALUD HUARACHIRI**, presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:



APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O SERVICIO

Lo que declaro para su verificación y fines pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Santa Eulalia, de del 2021.

DNI:

Firma

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 05
DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe,
identificado con DNI N°, con RUC N° domiciliado en
.....
contratado / nombrado con Resolución / contrato N°
..... de fecha, bajo el cargo de
..... declaro bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un cargo de confianza en el Estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
- d) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- e) No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
- f) No percibí otra remuneración o ingreso del Estado.

Santa Eulalia, de del 2021.

Firma

DNI:



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 06

DECLARACIÓN JURADA RÉGIMENES PREVISIONALES

LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:

El que suscribe
identificado con DNI N°....., con RUC N°.....
domiciliado en
declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún régimen Público o Privado (DL 20530
- DL. 19990 o AFP).

Lima, de del 2021

DNI Firma

LLENAR EN CASO DE SER PENSIONISTA:

En caso de pertenecer a algún régimen pensionario, declaro bajo juramento ser pensionista
(marcar con X según corresponda):

1 DL. 20530
Entidad

2 DL. 19990 - Oficina de Normalización Provisional

3 Otros indicar

Me comprometo a suspender mi pensión detalla en líneas arriba, con el fin de poder prestar
servicios en la entidad baja la modalidad de Contrato Administrativo de Servicio (CAS).

Nombres y apellidos:
.....

D.N.I. N°:

Domicilio:

Santa Eulalia, de del 2021

DNI: Firma



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 07

DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE PENSIONES

Yo , identificado con DNI
N° declaro bajo juramento:

✓ Mi consentimiento de afiliarme:

Régimen Nacional de Pensiones ONP

Régimen Privado de Pensiones – AFP

❖ AFP

✓ Que me encuentro afiliado al siguiente régimen:

Régimen Nacional de Pensiones ONP Fecha de Inscripción:

Régimen Privado de Pensiones – AFP

.....

✓ Que soy pensionista actualmente en:

Régimen Nacional de Pensiones ONP

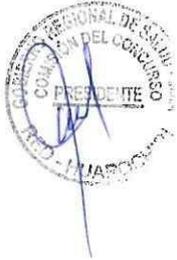
Régimen Privado de Pensiones – AFP

Y proceder así, a los descuentos respectivos por ser un nuevo Contrato Administrativo de Servicio, según Decreto Legislativo 1057 (Artículo N° 6, Índice 6.2) y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo 075-2008-PCM (Artículo N° 10 Índice 10.2; y en el caso de ser pensionista no es obligatorio la afiliación.

Santa Eulalia, de del 2021.

Firma

DNI:



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 08

DECLARACIÓN JURADA CÓDIGO DE ÉTICA

(Ley N° 27815 "Ley de Ética de la Función Pública" y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM
"Reglamento de la Ley del Código de ética de la Función Pública")

**DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO
DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA Y SU REGLAMENTO**

Por la presente yo,
identificado con DNI N°, domiciliado en
....., distrito de contratado
.....

DECLARO QUE:

1. He recibido un ejemplar de la Ley N° 27815 "Ley del Código de ética de la Función Pública", así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de ética de la Función Pública".
2. Tengo conocimiento del contenido y lo estipulado en el Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento.
3. Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública", donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

Santa Eulalia, de del 2021.

Firma

DNI:



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 09

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo,, identificado con DNI N° en calidad de trabajador, declaro bajo juramento:

Guardar la reserva del caso respecto de información privilegiada a la que pudiera acceder y a no divulgar ni utilizar información que, pese a no tener carácter de reserva por norma expresa, pudiera resultar privilegiada en su contenido y ser utilizada en beneficio propio o de terceros con el consiguiente perjuicio a la RED DE SALUD HUAROCHIRI y al ESTADO.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, declaro bajo juramento que aceptaré los impedimentos señalados en la Ley N° 27588.

En caso incumpla lo declarado en la presente, me someteré a las medidas sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el DS. N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiera lugar.

Santa Eulalia, de del 2021.

Firma

DNI:



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 10

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES

Yo, identificado (a)
con DNI N° ante usted me presento y digo:

Que, DECLARO BAJO JURAMENTO, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada del 26 de octubre del 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada solicitado tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial. Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente Declaración Jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Santa Eulalia, de del 2021.



Firma

DNI:

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 11

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES NI JUDICIALES

Yo, identificado (a)
con DNI N° y con domicilio en

..... del Distrito de
Provincia de Departamento de

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registrar antecedentes policiales y No registrar antecedentes Judiciales, a nivel nacional. Asimismo tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporciono, autorizo a la Red de Salud de Huarochirí a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo me comprometo a reemplazar la presente Declaración Jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Santa Eulalia, de del 2021.

Firma

DNI

