

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

## **RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**

### **BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN** **CAS N° 01- 2021 – RED DE SALUD HUAROCHIRI – 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, **para labores de necesidad transitoria:**

##### **1.2.- Entidad Convocante:**

**Nombre:** RED DE SALUD DE HUAROCHIRI  
**RUC:** 20544005864

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

Dirección de Salud Integral - Red de Salud Huarochirí

##### **1.4.- Domicilio legal**

Asociación Pomaticla 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, 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.

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

- 
- 
- 
- 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. Decreto de Urgencia N° 034-2021, "Decreto de Urgencia que establece medidas para el otorgamiento de la "prestación económica de protección social de emergencia ante la pandemia del coronavirus Covid-19" y del "Subsidio por incapacidad temporal para pacientes diagnosticados con Covid-19"
  - j. Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y sus modificaciones.
  - k. 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.
  - l. Ley N° 29248, Ley del Servicio Militar que otorga porcentaje del 10% en concursos para puestos de trabajo en la Administración Pública.
  - m. Decreto de Urgencia N° 014-2019, Decreto de Urgencia que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2020.
  - n. Ley N° 27806, Ley de transparencia y de acceso a la información pública.
  - o. Ley N° 26771, Ley de Nepotismo.
  - p. Resolución de Presidente Ejecutiva N° 108 – 2011 – SERVIR/PE.
  - q. 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 – San Antonio
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

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

Requerimiento de personal asistencial y servicios generales para el **CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – SAN ANTONIO.**

**CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – SAN ANTONIO**

CODIGO	CARGO	REMUNERACION	PEAS
MF-001 CSMC	MEDICO CIRUJANO DE FAMILIA O MEDICO CIRUJANO	6,500.00	01
MC-001	MEDICO CIRUJANO ITINERANTE	7,000.00	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
PSIC-005	PSICOLOGO ITINERANTE	2,800.00	01
PV-005 CSMC	SERVICIOS GENERALES (VIGILANCIA)	1,800.00	01
PL-006 CSMC	SERVICIOS GENERALES (LIMPIEZA)	1,500.00	02
	TOTAL PEAS	-	12
TOTAL MENSUAL			39,600.00

**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 (ver numeral VI). Caso contrario **NO** se evaluará lo presentado.

La información consignada en los Anexos para la Contratación de Personal (**ANEXOS 01 al 11**), tienen carácter de declaración jurada, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve la entidad.

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

V. CARACTERISTICA DEL PUESTO Y/O CARGO

Los perfiles del puesto se encuentran detallado en los términos de referencia (TDR) adjunto, según las plazas a concursar.

VI. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO (\*)

	CONVOCATORIA	FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
1	Publicación del proceso en la página <a href="http://www.talentoperu.gob.pe">www.talentoperu.gob.pe</a> de la Autoridad Nacional de Servicio Civil – SERVIR	Desde el 23 de Abril hasta el 03 de Mayo del 2021	Unidad de Recursos Humanos
2	<b>Publicación Vía Electrónica:</b> Publicación de la Convocatoria CAS - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, en la Página WEB: <a href="http://www.redhuarochiri.gob.pe">www.redhuarochiri.gob.pe</a> y redes sociales.	Desde el 23 de Abril hasta el 03 de Mayo del 2021	Área de Tecnología de la Información.
3	<b>Postulación presencial:</b> <b>Presentación del CV.</b> 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.	04 de Mayo del 2021 8:00 a.m. a 14:30 p.m.	Unidad de Recursos Humanos
<b>SELECCIÓN</b>			
4	Evaluación del cumplimiento de requisitos.	05 de Mayo 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 <a href="http://www.redhuarochiri.gob.pe">http://www.redhuarochiri.gob.pe</a>	06 de Mayo del 2021	Área de Tecnología de la Información.
6	<b>Apelaciones:</b> Presentación de apelaciones de manera presencial, en la Oficina de la Unidad de Recursos Humanos de la Red de Salud de	07 de Mayo del 2021	Comité de Evaluación

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

	Huachirí (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.	08:00 am. – 10:00 am.	
7	Absolución y publicación de las apelaciones.	07 de Mayo del 2021 14:30 am.	Comité de Evaluación
8	<b>Entrevista Final:</b> Presentación de la entrevista de manera presencial, en el auditorio de la Red de Salud de Huachirí (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 Mayo del 2021	Comité de Evaluación
9	Publicación de resultado final en la página web: <a href="http://www.redhuachirigob.pe">http://www.redhuachirigob.pe</a>	11 de Mayo del 2021	Unidad de Recursos Humanos
10	Suscripción del Contrato	12 - 13 de Mayo del 2021	Área de Tecnología de la Información.
11	Inicio de Actividades	14 de Mayo 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

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

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:

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

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.**

#### 1. 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](http://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:

- 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](http://www.redhuarochiri.gob.pe)
- Copia simple del Documento Nacional de Identidad (DNI)

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 que lleve a cabo la entidad.

Se remitirá los anexos (Anexo 01, Anexo 02, Anexo 03, Anexo 04, Anexo 05, Anexo 06, Anexo 07, Anexo 08, Anexo 09, Anexo 10, Anexo 11), y copia Documento Nacional de Identidad (DNI).



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

La relación de postulantes evaluados es publicada a través del portal institucional [www.redhuarochiri.gob.pe](http://www.redhuarochiri.gob.pe) Sección "Convocatoria CAS" en la fecha establecida en el cronograma.



- **Formación Académica**

Se verifica 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) o Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR).



- **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 candidato 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.

## 2. Entrevista Personal

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.

Las entrevistas de las convocatorias CAS se realizarán de manera presencial. **Para ello, deberán presentarse con su Currículo Vitae conteniendo la documentación sustentadora y demás requisitos requeridos, dentro de los plazos establecidos,** en la Oficina de la Unidad de Recursos Humanos 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 establecido en el cronograma.

Toda la información será presentada de manera obligatoria en un fólder manila con faster, en un sobre cerrado, debidamente foliado 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 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**

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

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

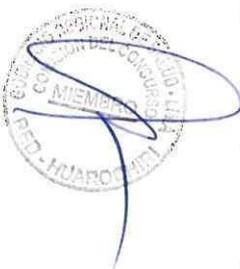
Aquel candidato que obtenga un puntaje menor será considerado como "NO APTO". Asimismo, el candidato deberá presentarse a la entrevista final en la fecha y hora indicada en la publicación de resultados preliminares, de lo contrario será considerado "DESCALIFICADO".

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.

El puntaje final es la sumatoria de los puntajes de la evaluación curricular y la entrevista personal, tomando en cuenta las bonificaciones especiales que corresponde, siendo elegido como ganador del concurso, el/la postulante que obtenga mayor puntaje.

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:



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

EVALUACIONES	PESO %	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
EVALUACION CURRICULAR	50%		
Puntaje Total de la Evaluación Curricular		30	50
ENTREVISTA	50%		
Puntaje Total de la Entrevista		30	50
PUNTAJE TOTAL		60	100

**BONIFICACION:**

- Las personas con discapacidad que cumplan con los requisitos para el cargo y hayan obtenido un puntaje aprobatorio obtendrán una bonificación del quince por ciento (15%) del puntaje final obtenido, según Ley N° 29973 – Ley General de las Personas con Discapacidad.
- Bonificación por ser personal licenciado de la Fuerzas Armadas Se otorgara una bonificación del diez por ciento (10%) sobre el puntaje obtenido en la Etapa de Entrevista, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4° de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, siempre que el postulante lo haya indicado en su Hoja de Vida simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.
- Bonificación a deportistas calificados de alto rendimiento De conformidad con los artículos 2º y 7º de la Ley N° 27674, se otorgará una bonificación a la nota obtenida en la evaluación curricular conforme al siguiente detalle:
  - a) Nivel 1 Deportistas que hayan participado en Juegos Olímpicos y/o Campeonatos Mundiales y se ubiquen en los cinco primeros puestos, o hayan establecido récord o marcas olímpicas, mundiales o panamericanas. El porcentaje a considerar será el 20%.
  - b) Nivel 2 Deportistas que hayan participado en Juegos Deportivos Panamericanos y/o Campeonatos Federados Panamericanos y se ubiquen en los tres primeros lugares o que establezcan récord o marcas sudamericanas. El porcentaje a considerar será el 16%.
  - c) Nivel 3 Deportistas que hayan participado en Juegos Deportivos Sudamericanos y/o Campeonatos Federados Sudamericanos y hayan obtenido medallas de oro y/o plata o que establezcan récord o marcas bolivarianas. El porcentaje a considerar será el 12%.
  - d) Nivel 4 Deportistas que hayan obtenido medallas de bronce en Juegos Deportivos Sudamericanos y/o Campeonatos Federados Sudamericanos y/o participado en Juegos Deportivos Bolivarianos y obtenido medallas de oro y/o plata. El porcentaje a considerar será el 8%.
  - e) Nivel 5 Deportistas que hayan obtenido medallas de bronce en Juegos Deportivos Bolivarianos o establecido récord o marcas nacionales. El porcentaje a considerar será el 4%.

**I. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA**

- a) No estar inhabilitado administrativa y/o judicialmente para contratar con el Estado.

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

- 
- 
- b) No tener impedimento para contratar conforme a lo previsto en las disposiciones legales sobre la materia.
  - c) No contar con sentencia firme por cualquiera de los delitos señalados en el artículo 1 de la Ley N° 30794.
  - d) No percibir otro ingreso por el Estado, a excepción de la docencia.
  - e) No tener antecedentes penales, policiales y/o judiciales.
  - f) No estar en el Registro Nacional de Deudores Alimentarios Morosos.
  - g) No estar en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido de SERVIR.
  - h) No estar incurso en lo dispuesto en la Ley N° 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que prestan servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual, y su Reglamento aprobado por D.S. N° 019-2002-PCM.
  - i) No se tomará en cuenta al postulante que no consigne correctamente el CODIGO de la plaza al cual postula.
  - j) No se devolverá la documentación presentada por los postulantes.

## II. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACION DEL PROCESO

### 1. Declaratoria del proceso como desierto



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

- a) Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
- b) Cuando ningunos de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
- c) Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las etapas de evaluación del proceso.
- d) Cuando los postulantes no hayan alcanzado el puntaje mínimo aprobatorio.

### 2. Declaratoria del proceso como cancelado

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

- a) Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- b) Por restricciones presupuestales.
- c) Por asunto institucionales imprevistos.
- d) Otras razones debidamente justificadas.

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

## RELACION DE PLAZAS PARA EL CONCURSO CAS 001-2021

### CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – SAN ANTONIO

CODIGO	CARGO	REMUNERACION	PEAS
MF-001 CSMC	MEDICO CIRUJANO DE FAMILIA O MEDICO CIRUJANO	6,500.00	01
MC-001	MEDICO CIRUJANO ITINERANTE	7,000.00	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
PSIC-005	PSICOLOGO ITINERANTE	2,800.00	01
PV-005 CSMC	SERVICIOS GENERALES (VIGILANCIA)	1,800.00	01
PL-006 CSMC	SERVICIOS GENERALES (LIMPIEZA)	1,500.00	02
TOTAL			39,600.00



"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: \_\_\_\_\_





"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 Penales<sup>1</sup>, 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 Eulalia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021

\_\_\_\_\_ Firma

DNI: \_\_\_\_\_

Huella digital  
Índice derecho

<sup>1</sup> Ley N°29607, de fecha 22 de octubre del 2010.

## 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	
<b>Estudios Superiores (Universitario - Técnico - Secundario)</b>			
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° 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 HUAROCHIRI**, 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 HUAROCHIRI**

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia (Departamento) ..... de la **RED DE SALUD HUAROCHIRI**, 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.

Lima, ..... de ..... del 2021.

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI:



"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.

Lima, ..... de ..... del 2021.

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI:



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

**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA REGÍMENES 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

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
DNI

**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: .....

Lima, ..... de ..... del 2021

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
DNI:

"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.

Lima, ..... 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.

Lima, ..... 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 HUARACHIRI y al ESTADO.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con RED DE SALUD DE HUARACHIRI, 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.

Lima, ..... 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.

Lima, ..... de ..... del 2021.

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI:

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

<b>Unidad Orgánica:</b>	RED DE SALUD HUAROCHIRI
<b>Denominación:</b>	MEDICO CIRUJANO
<b>Nombre del puesto:</b>	MEDICO CIRUJANO ITINERANTE CENTRO DE SALUD DE HUAROCHIRI MC-008
<b>Numero del puestos:</b>	UNO (01)
<b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
<b>Dependencia Jerárquica funcional:</b>	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
<b>Puestos que supervisa:</b>	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 comision de asistencia gestion y articulacion de los servicios de salud mental comunitario
2	Acompañamientos clinicos Psicosocial elaborado por el equipo interdisciplinario del CSMC.
3	Evaluacion inicial con apertura y elaboracion de historia clinica según corresponda a la necesidad del servicio.
4	Atención ambulatoria a personas con morbilidad por transtornos mentales y problemas Psicosociales para tratamiento farmacologico intervención terapeutica
5	Participacion con el equipo interdisciplinario en la formulacion del caso asi como en el diseño y monitoreo del plan atencion infdividual.
6	Visitas domiciliarias a pacientes/familiares determinado y/o el riesgo familiar.
7	Intervencion individual, familiar y comuntaria fundamentadas en los elementos escenciales de la atencion primaria de la salud para la promocion y prevencion en salud mental.
8	Fomentar mecanismos activos de participacion comunitaria en salud mental mediante acciones intersectoriales.
9	Desarrolla capacidades de agente comunitarios en tema de liderasgo de salud mental.
10	reuniones con lideres comunitarios de la juridicion.
11	Intervencion en el diagnostico 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 coordinacion 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	B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto	C.) ¿Se requiere Colegiatura?																																	
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Incompleta</th><th>Completa</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Secundaria</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Universitario</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		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"/>	<table border="1"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td><td rowspan="2">TITULO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA RESOLUCION DEL TERMINO DE SERUMS</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bachiller</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maestría</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doctorado</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td><td></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/> Egresado(a)	TITULO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA RESOLUCION DEL TERMINO DE SERUMS	<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		<table border="1"><tbody><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td></tr><tr><td>¿Requiere habilitación profesional?</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td></tr><tr><td>¿Requiere SERUMS?</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td></tr></tbody></table>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Requiere habilitación profesional?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Requiere SERUMS?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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"/>																																	
<input type="checkbox"/> Egresado(a)	TITULO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA RESOLUCION DEL TERMINO DE SERUMS																																		
<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																																			
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																			
¿Requiere habilitación profesional?																																			
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																			
¿Requiere SERUMS?																																			
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:

Bioseguridad y Control de infecciones.

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 (02) años, 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:

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 (02) año, en sector publico (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 publico (incluye SERUMS)

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

#### 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: SIETE MIL SOLES S/ 7,000.00

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

<b>Unidad Orgánica:</b>	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
<b>Denominación:</b>	LICENCIADA EN ENFERMERIA
<b>Nombre del puesto:</b>	LICENCIADA EN ENFERMERIA CODIGO: LE-002 CSMC
<b>Numero del puestos:</b>	CUATRO (04) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
<b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
<b>Dependencia Jerárquica funcional:</b>	RED DE SALUD HUAROCHIRI
<b>Puestos que supervisa:</b>	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 Huarochirí, Jefatura del Establecimiento de Salud

### Coordinaciones Externas

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

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 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 checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura

TITULADO/LICENCIADO  
ENFERMERIA  
RESOLUCIÓN TERMINO DE SERUMS

#### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

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 dos (02) años, 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 (02) 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

<b>Unidad Orgánica:</b>	RED DE SALUD HUAROCHIRI
<b>Denominación:</b>	MEDICO CIRUJANO DE FAMILIA O MEDICO CIRUJANO
<b>Nombre del puesto:</b>	MEDICO CIRUJANO DE FAMILIA O MEDICO CIRUJANO CODIGO: MF-001 CSMC
<b>Numero del puestos:</b>	UNO (01) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
<b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
<b>Dependencia Jerárquica funcional:</b>	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
<b>Puestos que supervisa:</b>	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 comision de asistencia gestion y articulacion de los servicios de salud mental comunitario
2	Acompañamientos clinicos Psicosocial elaborado por el equipo interdisciplinario del CSMC.
3	Evaluacion inicial con apertura y elaboracion de historia clinica según corresponda a la necesidad del servicio.
4	Atención ambulatoria a personas con morbilidad por transtornos mentales y problemas Psicosociales para tratamiento farmacologico intervención terapeutica
5	Participacion con el equipo interdisciplinario en la formulacion del caso asi como en el diseño y monitoreo del plan atencion infdividual.
6	Visitas domiciliarias a pacientes/familiares determinado y/o el riesgo familiar.
7	Intervencion individual, familiar y comuntaria fundamentadas en los elementos escenciales de la atencion primaria de la salud para la promocion y prevencion en salud mental.
8	Fomentar mecanismos activos de participacion comunitaria en salud mental mediante acciones intersectoriales.
9	Desarrolla capacidades de agente comunitarios en tema de liderasgo de salud mental.
10	reuniones con lideres comunitarios de la juridicion.
11	Intervencion en el diagnostico 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 coordinacion 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	B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto	C.) ¿Se requiere Colegiatura?																																	
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Incompleta</th><th>Completa</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Secundaria</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Universitario</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		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"/>	<table border="1"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td><td rowspan="2">TITULO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA RESOLUCION DEL TERMINO DE SERUMS</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bachiller</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maestría</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doctorado</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td><td></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/> Egresado(a)	TITULO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA RESOLUCION DEL TERMINO DE SERUMS	<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		<table border="1"><tbody><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td></tr><tr><td>¿Requiere habilitación profesional?</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td></tr><tr><td>¿Requiere SERUMS?</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td></tr></tbody></table>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Requiere habilitación profesional?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Requiere SERUMS?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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"/>																																	
<input type="checkbox"/> Egresado(a)	TITULO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA RESOLUCION DEL TERMINO DE SERUMS																																		
<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																																			
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																			
¿Requiere habilitación profesional?																																			
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																			
¿Requiere SERUMS?																																			
<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 publica con mencion en gestion hospitalaria.  
Diplomado en salud Ocupacional y Medio Ambiente  
Enfermedades transmisibles  
Bioseguridad y Control de infecciones.  
Fortalecimiento de las competencias y desarrollode habilidades clinicas para la atención de las emergencias Obstetrica.

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 dos (02) años, 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:

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 (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 seis (06) meses haber realizado actividades como Medico de Familia y Salud Familiar Comunitaria**, en sector publico (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

<b>Unidad Orgánica:</b>	RED DE SALUD DE HUARACHIRI
<b>Denominación:</b>	PROFESIONAL LICENCIADO EN PSICOLOGIA
<b>Nombre del puesto:</b>	PSICOLOGO ITINERANTE HOSPITAL DE MATUCANA PSIC-005
<b>Numero del puestos:</b>	UNO (01)
<b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
<b>Dependencia Jerárquica funcional:</b>	RED DE SALUD HUARACHIRI
<b>Puestos que supervisa:</b>	NO APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

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

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Acompañamientos clínico psicosociales de acuerdo al plan Anual del Programa Presupuestal de Salud Mental y Centro de Salud Mental Comunitario.
2	Atenciones ambulatorias a personal con morbilidad en trastornos mentales y problemas psicosociales para la elaboración de la historia clínica diagnóstico y elaboración de plan de atención individualizado
3	Participación con el equipo interdisciplinario en la formulación de caso y diseño del plan de atención individual.
4	Psicoterapia individual o familiar según su competencia.
5	Participación en el programa de continuidad de cuidados.
6	Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario.
7	Asistencia y supervisión técnica mensual a los grupos de ayuda mutua de usuarios con problemas Psicosociales, y trastornos mentales en depresión, ansiedad, adictivos, etc.
8	Talleres de sensibilización en la comunidad organizada.
9	Efectuar procesos de, entrevista evaluación, intervención y seguimiento psicológico de pacientes ambulatorios de manera individual y grupal.
10	Desarrollar programas de orientación sobre el manejo de pacientes con problemas psicológicos dirigidos a sus familiares.
11	Elaborar informes y documentos relativos a la prestación del servicio, en la historia clínica y otros que le sean requeridos.
12	Aplicar e interpretar instrumentos psicológicos que le permitan tener elementos suficientes para emitir un juicio diagnóstico.
13	Realizar visitas domiciliarias.
14	Organizar, ejecutar y evaluar campañas preventivas promocionales en la comunidad.
15	Actividades de intervención de salud integral para el fortalecimiento interinstitucional e intrainstitucional.
16	Registro adecuado y oportuno de HIS y FUAS de acuerdo a los códigos y/o prestaciones ejecutadas.
17	Visitas domiciliarias a pacientes y familiares.
18	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 - Comunidad, usuarios, familia y otros.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A.) Formación Académica			B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto		C.) ¿Se requiere Colegiatura?	
	Incompleta	Completa				
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado(a)	TITULADO/LICENCIADO EN PSICOLOGIA RESOLUCION DEL TERMINO DE SERUMS	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bachiller		¿Requiere habilitación profesional?	
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maestría		¿Requiere SERUMS?	
			<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Doctorado			
			<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado			

**CONOCIMIENTOS**

**A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria) :**  
Entrenamiento en Tratamiento de Drogodependencias Treatnet  
Curso en Windows XP, Redes e Internet, Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Access, Microsoft PowerPoint, Frontpage, Integración Office

**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 requeridos:**  
Atención a víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar  
Normas técnicas para su incremento de productividad en los avances de salud mental  
Abordaje integral de la salud mental en el primer nivel de atención  
Neurociencia en el campo de la psicología  
Tratamiento de la farmacodependencia

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

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

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**  
Indique la **cantidad total de años de experiencia laboral**; ya sea en el sector público o privado.  
Experiencia como mínimo 04 años en el desempeño de actividades en establecimientos del MINSA y/o privado con posterioridad a la obtención del título profesional. (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 tres años (03) de experiencia en el sector publico.

**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 como mínimo un 03 años con posterioridad a la obtención del título profesional en Sector Publico

*\* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto. (No requieren documentación sustentaria):*

#### **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: Dos mil Ochocientos soles. S/.2,800.00

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

<b>Unidad Orgánica:</b>	RED DE SALUD HUAROCHIRI
<b>Denominación:</b>	TECNOLOGO MEDICO TERAPEUTA OCUPACIONAL
<b>Nombre del puesto:</b>	TECNOLOGO MEDICO TERAPEUTA OCUPACIONAL CODIGO: TO-003 CSMC
<b>Numero del puestos:</b>	UNO (01) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
<b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
<b>Dependencia Jerárquica funcional:</b>	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
<b>Puestos que supervisa:</b>	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	Evalúa 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 huarochiri.

### 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

**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"/> Egresado(a)	LICENCIADO TECNOLOGIA MEDICA EN LA CARRERA PROFESIONAL DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bachiller		¿Requiere habilitación profesional?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura			
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maestría		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado			
			<input type="checkbox"/> Doctorado		¿Requiere SERUMS?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado			<input type="checkbox"/> No

**CONOCIMIENTOS**

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

Curso de Terapia Ocupacional

**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

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

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

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	<input checked="" 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), 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 Terapia Ocupacional 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

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	RED DE SALUD HUAROCHIRI
Denominación:	TÉCNICO ADMINISTRATIVO
Nombre del puesto:	TÉCNICO ADMINISTRATIVO CODIGO: TA-004 CSMC
Numero del puestos:	UNO (01) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
Dependencia Jerárquica Lineal:	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPESTAL DE SALUD MENTAL
Dependencia Jerárquica funcional:	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Puestos que supervisa:	NO APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

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

### FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Realiza operaciones administrativas de recursos humanos.
- 2 Brindar apoyo administrativo en la elaboración de los programas de orientación sobre el manejo de pacientes con problemas de salud mental, dirigidos a sus familiares.
- 3 Coordinar y ejecutar el registro, clasificación, ordenamiento y archivo de la documentación emitida y/o recibida.
- 4 Ejecutar labores administrativas vinculadas al área de su competencia.
- 5 Elaboración y archivo de las Historias Clínicas.
- 6 Atención en caja y elaboración de los informes correspondientes.
- 7 Apoyar en el desarrollo de eventos y otras actividades.
- 8 Coordina operaciones auxiliares de gestión de cobros.
- 9 Atender visitas y llamadas telefónicas; así como también actualización de registros y base de datos.
- 10 Manejo de herramientas ofimáticas.
- 11 Gestiona y vela por el bien de los recursos del departamento.
- 12 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 y el Personal del Centro de Salud mental Comunitario.

### Coordinaciones Externas

Red de Salud Huarochiri

### FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

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

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egresado(a)	TEC, EN CONTABILIDAD , ADMINISTRACION O A FINES	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
<input type="checkbox"/>	Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bachiller		¿Requiere habilitación profesional?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Título/ Licenciatura			<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maestría		<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	
					<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado						
					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.

### 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:

- Curso de Gestion de Recursos Humanos

### 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 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:

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 laboral, un (01) año, 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:

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 laboral de 01 año, en servicios del CSMC y/o Hogar de Refugio, Sector Publico.

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

## 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

<b>Unidad Orgánica:</b>	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
<b>Denominación:</b>	SERVICIOS GENERALES (LIMPIEZA)
<b>Nombre del puesto:</b>	SERVICIOS GENERALES (LIMPIEZA) CODIGO: PL-007 CSMC
<b>Numero del puestos:</b>	DOS (02) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
<b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
<b>Dependencia Jerárquica funcional:</b>	RED DE SALUD HUAROCHIRI
<b>Puestos que supervisa:</b>	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)	SECUNDARIA COMPLETA
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	

#### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí  No

<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado	
<input checked="" type="checkbox"/> Doctorado			<input type="checkbox"/> Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado	

**CONOCIMIENTOS**

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):  
 Acorde al servicio de trabajo.

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 minima 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:

<input 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:  
 -

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

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

<b>Unidad Orgánica:</b>	RED DE SALUD HUAROCHIRI
<b>Denominación:</b>	SERVICIO GENERAL (VIGILANCIA)
<b>Nombre del puesto:</b>	SERVICIO GENERAL (VIGILANCIA) CODIGO: PV-006 CSMC
<b>Numero del puestos:</b>	UNO (01) CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
<b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>	PROGRAMA ESTRATEGICO PRESUPUESTAL DE SALUD MENTAL
<b>Dependencia Jerárquica funcional:</b>	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
<b>Puestos que supervisa:</b>	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

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

#### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

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

<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado	
<input checked="" type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado			

**CONOCIMIENTOS**

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

Atención primaria de pacientes COVID

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

*Nota: Cada curso / capacitación y los diplomados.*

**Indique los cursos y/o programas requeridos:**

Conocimientos en Primeros Auxilios

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

Experiencia mínima de (01) AÑO 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.*

Experiencia mínima de (06) meses en el cargo al que postula en sector publico.

*\* 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: Mil ochocientos soles. s/.1,800.00