



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

## **RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**

### **BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN** **CAS N° 03 - 2022 – RED DE SALUD HUAROCHIRÍ – PROGRAMA ESTRATÉGICO** **PRESUPUESTAL CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL, BAJO EL** **REGIMEN DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DEL DECRETO** **LEGISLATIVO N°1057, DECRETO SUPREMO N°049-2022EF, LEY 29889 Y SU** **REGLAMENTO DS N°033-2015, LEY 30947, LEY DE SALUD MENTAL Y SU** **REGLAMENTO DS N°007-2020**

#### **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 Huarochiri, Centro de Salud Mental Comunitario.

##### **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 Huarochiri

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

Calle José Carlos Mariátegui 407-C – Urb. Santa Ana – Ricardo Palma

##### **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 Huarochiri, 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 2022.

##### **1.7.- Base Legal**





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

- a. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- b. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.
- c. Decreto de Supremo N° 049-2022-EF Autorizan transparencia de partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022 a favor de diversos Gobiernos Regionales.
- d. R.M. N° 574 – 2017 MINSA.
- e. Ley N° 31365, Ley de presupuesto del sector para el año fiscal 2022.
- f. NTS N° 138 MINSA – 2017 – DGIESP (APROBACIÓN DEL REGLAMENTO DE LA LEY N° 29889) que modifica el artículo 4 limitación al uso de los recursos, refiere lo siguiente “los recursos se las transparencias de partidas a que hacen referencia el numeral 1.1 del artículo 1 y numeral 2.1 del artículo 2 del presente Decreto Supremo no puede ser destinados, Dejo responsabilidad, a fines distintos para los cuales son transferidos”.
- g. Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- h. Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de Salud Mental.
- i. Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- j. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- k. Decreto Supremo N° 020 – 2014 – SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- l. Decreto Supremo N° 016 – 2002 – SA, que aprobó el Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de Salud a dar atención Médica en caso de emergencias y partos.
- m. Decreto Supremo N° 016 – 2009 – SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en salud – PEAS.
- n. Decreto Supremo N° 027 – 2015 – SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- o. Decreto Supremo N° 033-2015-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de Salud Mental.
- p. Decreto Supremo N° 008 – 2017 – SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria Resolución Ministerial N° 075 – 2004/MINSA, que aprobó los Lineamientos para LA Acción en Salud Mental.
- q. Resolución Ministerial N° 751 – 2004/MINSA, que aprobó la NT N° 018 – MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de la Salud”.
- r. Resolución Ministerial N° 012 – 2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico “Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz 2005 – 2010”.
- s. Resolución Ministerial N°386 – 2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 042 – MINSA M/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”. Resolución Ministerial N° 943 – 2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico “Plan Nacional de Salud Mental”.





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

- t. Resolución Ministerial N° 589 – 2007/MINSA, que aprobó el Plan Nacional Concertado de Salud.
- u. Resolución Ministerial 278 – 2011/MINSA, que aprobó el Documento Técnico de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011 – 2021
- v. Resolución Ministerial N° 546 – 2011/MINSA, que aprobó la NTS N° 021 – MINSA/DGSP – V.03 “Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimiento del Sector Salud”.
- w. Resolución Ministerial N°009 – 2014/MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N°197 – MINSA-DGSP-V.01 “que establecen la Cartera de Servicios de Salud”.
- x. Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprobó la NTS N° 113 MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”.

**II. CONDICIONES ESCENCIALES DEL CONTRATO**

CONDICIONES	DETALLE
Lugares de la prestación del Servicio	Centro de Salud Mental Comunitario Santa Eulalia
Duración del Contrato Temporal	Inicio: A partir de la fecha de ejecución de la suscripción de contrato.
Otras condiciones del contrato	Disponibilidad Inmediata

**III. PLAZAS OFERTADAS**

Requerimiento de personal asistencial y servicios generales para el **CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SANTA EULALIA**

**CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – SANTA EULALIA**

CODIGO	LUGAR PRESTACION DE SERVICIOS	PUESTO	PEAS	MONTO MENSUAL
001-2022	CSMC.SANTA EULALIA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	S/. 3,500.00
002-2022	CSMC. SANTA EULALIA	TERAPEUTA DE LENGUAJE	1	S/. 3,500.00
003-2022	CSMC. SANTA EULALIA	ENFERMERA (O)	1	S/. 3,500.00
<b>TOTAL</b>			<b>03 PEAS</b>	<b>S/. 10,500.00</b>

**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





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

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 Huarochiri (Calle Jose Carlos Mariategui 407C.– Urb. Santa Ana – Ricardo Palma – Huarochiri). Presentarse en la fecha y horario establecido en el cronograma.

**Ejemplo:**

**Asunto: ENFERMERÍA (O) - CODIGO: 003-2022**

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.

**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 página de la Autoridad Nacional de Servicio Civil – SERVIR	Desde el 12 de Diciembre hasta el 23 del 2022	Unidad de Recursos Humanos
2	<b><u>Publicación Vía Electrónica:</u></b> Publicación de la Convocatoria CAS - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, en la Página WEB: <a href="http://www.redhuarochiri.gob.pe/">http://www.redhuarochiri.gob.pe/</a>	Desde el 15 de Diciembre hasta el 23 del 2022	Área de Tecnología de la Información.
3	<b><u>Postulación presencial:</u></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 Huarochiri (Calle José Carlos Mariategui 407C.– Urb. Santa Ana – Ricardo	27 de diciembre del 2022 8:00 a.m. a 11:30 a.m.	Unidad de Recursos Humanos





"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

	Palma – Huarochiri). Presentarse en la fecha y horario establecida.		
<b>SELECCIÓN</b>			
4	Evaluación del cumplimiento de requisitos.	27 de diciembre del 2022	Comité de Evaluación
5	Publicación de resultados de la evaluación de la FICHA ÚNICA DE DATOS en la página web de la Red de Salud de Huarochiri <a href="http://www.redhuarochiri.gob.pe/">http://www.redhuarochiri.gob.pe/</a>	27 de diciembre del 2022	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 Huarochiri (Calle José Carlos Mariátegui 407C.– Urb. Santa Ana – Ricardo Palma – Huarochiri). Presentarse en la fecha y horario establecida.	28 de diciembre del 2022 8:00 am. – 11:00 am.	Comité de Evaluación
7	Absolución y publicación de las apelaciones.	28 de diciembre del 2022	Comité de Evaluación
8	<b>Entrevista Final:</b> Presentación de la entrevista de manera presencial, en el auditorio de la Red de Salud de Huarochiri (Calle José Carlos Mariátegui 407C.– Urb. Santa Ana – Ricardo Palma – Huarochiri). Presentarse en la fecha y horario establecida.	29 de diciembre del 2022	Comité de Evaluación
9	Publicación de resultado final en la página web: <a href="http://www.redhuarochiri.gob.pe/">http://www.redhuarochiri.gob.pe/</a>	29 de diciembre del 2022	Unidad de Recursos Humanos
10	Suscripción del Contrato	30 de diciembre del 2022	Unidad de Recursos Humanos





“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

11	Inicio de Actividades	30 de diciembre del 2022	Unidad de Recursos Humanos
----	-----------------------	--------------------------	----------------------------

## VII. DOCUMENTOS A PRESENTAR

### 5.1. De la presentación de Hoja de Vida

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

### 5.2. Presentación Ficha Única de Datos

La Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal debe estar correctamente llenada y sin ninguna enmendadura. Este documento tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleva a cabo la entidad.

## VIII. DE LA DECLARATORIA DEL PROCESO DESIERTO

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

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

## IX. ENTREGA DE DOCUMENTOS

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

Ejemplo:

**PUESTO: ENFERMERÍA (O) - CODIGO: 003-2022**

## 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 <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)





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

La documentación se presentará en el siguiente orden:

- a) Adjuntar el Anexo 01, Anexo 02, Anexo 03, Anexo 04, Anexo 05, Anexo 06, Anexo 07, Anexo 08, Anexo 09, Anexo 10, Anexo 11, se descargarán de la página web <http://www.redhuarochiri.gob.pe/>
- b) 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).

La relación de postulantes evaluados es publicada a través del portal institucional [http://www.redhuarochiri.gob.pe/Sección “Convocatoria CAS”](http://www.redhuarochiri.gob.pe/Sección%20%22Convocatoria%20CAS%22) 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.





“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

## 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 (Calle José Carlos Mariátegui 407C.– Urb. Santa Ana – Ricardo Palma – Huarochiri). Presentarse en la fecha y horario establecido en el cronograma.

Toda la información será presentada de manera obligatoria en un fólter 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 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 firmadas 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





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

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:

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

**El/la candidato/a que, habiendo aprobado todas las etapas del proceso de selección, se ubica en orden de mérito inmediatamente después del/la candidato/a seleccionado/a, se convierte en accesitario/a, por lo que, si el/la ganador/a del concurso desiste o por alguna razón no se vincula con la entidad, se procederá a convocarlo/a para realizar las actividades relacionadas con la contratación. Se generará un/a accesitario/a por cada posición concursada.**

**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





“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

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.
- 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.



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUARACHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

- 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.

## RELACIÓN DE PLAZAS PARA EL CONCURSO CAS SALUD MENTAL COMUNITARIO – SANTA EULALIA

CODIGO	LUGAR PRESTACION DE SERVICIOS	PUESTO	PEAS	MONTO MENSUAL
001-2022	CSMC.SANTA EULALIA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	S/. 3,500.00
002-2022	CSMC.SANTA EULALIA	TERAPEUTA DE LENGUAJE	1	S/. 3,500.00
003-2022	CSMC.SANTA EULALIA	ENFERMERA (O)	1	S/. 3,500.00
			03 PEAS	S/. 10,500.00





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

## ANEXO 01

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

### CONVOCATORIA CAS N° 003-2022-RSH

Puesto y Código: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

N° de Folios Presentados: \_\_\_\_\_



## ANEXO 02

### Ficha Única de Datos

**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

El Equipo de Trabajo Funcional de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

#### DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:			
DNI N°		RUC N°	
Fecha de nacimiento	/ /	Distrito-Provincia-Departamento	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo	
En caso de emergencia contactar a:			
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente		
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales		

#### DOMICILIO

Tipo de Vía (marcar con "X")			
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Óvalo <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Trocha <input type="checkbox"/> Otros: Especificar			
Nombre de la vía :		Número :	
		Interior :	
Tipo de Zona (marcar con "X")			
<input type="checkbox"/> Urbanización <input type="checkbox"/> Pueblo Joven <input type="checkbox"/> Unidad Vecinal <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Zona Industrial <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Caserío <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Otros especificar			
Nombre de la zona:		Número :	
		Interior :	
Ubicación geográfica:	Departamento	Provincia	
		Distrito	
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)			

#### DATOS FAMILIARES

Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

#### DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS

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

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







**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”  
ANEXO N° 03

## DECLARACIÓN JURADA

La(él) 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.

Ricardo Palma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022



\_\_\_\_\_  
Firma

DNI:

Huella digital  
Índice derecho

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



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**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.

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022.





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

**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.

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022.



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



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

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).

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022

\_\_\_\_\_  
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: .....

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022

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





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**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.

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022.

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI:





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**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.

Ricardo Palma,..... de ..... del 2022

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI:





**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUARACHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**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.

Ricardo Palma,..... de ..... del 2022



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



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUAROCHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**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.

Ricardo Palma,..... de ..... del 2022



\_\_\_\_\_  
Firma

DNI:



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud



**RED DE SALUD DE HUARACHIRI**  
Gobierno Regional De Lima

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**ANEXO N° 11**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES NI JUDICIALES**

Yo, ..... identificado (a) con DNI N°  
..... y con domicilio en .....  
..... del Distrito de .....  
Provincia de ..... Departamento de .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

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

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

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

Ricardo Palma,..... de ..... del 2022



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

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

**COD: 001-2022**

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	RED DE SALUD HUARACHIRI
Denominación:	TECNOLOGIA MEDICA
Nombre del puesto:	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Numero del puestos:	UNO (01) - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SANTA EULALIA
Dependencia Jerárquica Lineal:	JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Dependencia Jerárquica funcional:	RED DE SALUD DE HUARACHIRI
Puestos que supervisa:	NO APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

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

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Elabora e implementa con el equipo interdisciplinario del CSMC el programa de rehabilitación psicosocial anual.
2	Desarrollar actividades aplicando métodos y técnicas de tratamiento como parte del tratamiento integral de rehabilitación y reinserción psicosocial.
3	Aplicar métodos y técnicas de evaluación, para la rehabilitación del paciente en el área de su competencia: recuperación funcional y entrenamiento en actividades de la vida diaria básica e instrumental para la habilitación y rehabilitación de las destrezas, habilidades sensoriales, motoras, cognitivas, psicosociales. confección de aditamentos y ayudas biomecánicas según la capacidad instalada.
4	Realizar visitas domiciliarias.
5	Participación en campañas intra y extramurales
6	Organizar, ejecutar y evaluar campañas preventivas promocionales en la comunidad.
7	Registro adecuado y oportuno de HIS y FUAS de acuerdo a los códigos y/o prestaciones ejecutadas.
8	Ejecutar las actividades de desarrollo ocupacional dirigidos a las asociaciones de usuarios y familiares.
9	Participación directa con el equipo interdisciplinario y la formulación de casos así como el diseño y monitoreo del plan atención individual o programa de continuidad de cuidados según corresponda.
10	Desarrollar sesiones de entrenamiento en actividades socio laborales.
11	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	Desarrollar actividades en terapia de lenguaje, del habla, psicoeducativa, rehabilitación psicosocial y rehabilitación laboral.
14	Actividades de intervención de salud integral para el fortalecimiento interinstitucional e intrainstitucional.
15	Realizar mediante teleorientación evaluación y/o procedimientos terapéuticos según competencia referidos por el psiquiatra.
16	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

#### 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?



<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egresado(a)	<input type="checkbox"/>	LICENCIADO TECNOLOGIA MEDICA	<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	<input type="checkbox"/>			¿Requiere habilitación profesional?			
<input type="checkbox"/>	Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Maestría	<input type="checkbox"/>			¿Requiere SERUMS?			
					Egresado	<input type="checkbox"/>	Titulado					
					Doctorado	<input type="checkbox"/>						
					Egresado	<input type="checkbox"/>	Titulado	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	

**CONOCIMIENTOS**

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

Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional afines al servicio convocado.

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:

Curso en terapia ocupacional ó  
Capacitación en registros y codificación en salud mental comunitario

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

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

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

**EXPERIENCIA**

Experiencia general

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

Experiencia mínimo un (01) año, en sector público y/o privado, incluido SERUMS.

Experiencia específica

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

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:

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 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 Quinientos Soles. s/.3,500.00



## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

**COD: 002-2022**

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Denominación:	TECNOLOGO MEDICO
Nombre del puesto:	TERAPEUTA DE LENGUAJE
Numero del puestos:	UNO (01) CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SANTA EULALIA
Dependencia Jerárquica Lineal:	JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Dependencia Jerárquica funcional:	RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
Puestos que supervisa:	NO APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención de manera integral e individualizada para la atención de los trastornos de la comunicación. Rehabilitar el lenguaje expresivo y/o comprensivo de los usuarios con problemas de salud mental.

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Atención ambulatoria para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a través de terapia del lenguaje a niños y adultos con morbilidad en trastornos mentales y/o problemas psicosociales.
2	Brindar tratamiento especializado usuarios con problemas de lenguaje comprensivo y/o expresivo con problemas de salud mental de alta y baja complejidad.
3	Desarrollar actividades de Terapia de Lenguaje, aplicando métodos y técnicas como parte del tratamiento integral.
4	Desarrollo en actividades psicoeducativas, Rehabilitación psicosocial, Reahabilitación Laboral, Terapia de Lenguaje y del habla.
5	Elaborar y presentar oportunamente los informes de evaluación y/o evolución según se le solicite.
6	Participación en campañas intra y extramurales
7	Organizar, ejecutar y evaluar campañas preventivas promocionales en la comunidad.
8	Registro adecuado y oportuno de HIS y FUAS de acuerdo a los códigos y/o prestaciones ejecutadas.
9	Intervención individual y familiar que permita coadyuvar al tratamiento con enfoque clínico psicosocial; dirigida al usuario y a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación.
10	Realizar mediante Telecomunicaciones, evaluaciones y procedimientos terapéuticos según competencia, referidos por el Psiquiatra.
11	Participar en redes de comunicación locales con la difusión de información en el cuidado de la salud mental a la población vulnerable en el contexto del COVID-19 con Diagnóstico TDHA, TEA, trastorno del habla, etc. En situación de aislamiento social.
12	Participación con el equipo interdisciplinario en la formulación de caso, así como, en el diseño y monitoreo del plan atención individual.
13	Acompañamientos clínicos psicosociales de acuerdo al Plan Anual de Acompañamiento Clínico Psicosocial elaborado por el equipo interdisciplinario del Centro de Salud Mental Comunitario (Informe).
14	Actividades de intervención de salud integral para el fortalecimiento interinstitucional e intrainstitucional.
15	Visitas Domiciliarias a usuarios y sus familiares.
16	Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario.
17	Otras funciones que le asigne la jefatura del centro de salud.

### TIEMPO DE SERVICIO

Desde la suscripción del contrato
<b>Coordinaciones Internas</b>
Red de Salud Huarochirí, Jefatura del Establecimiento de Salud.
<b>Coordinaciones Externas</b>
Red de Salud Huarochirí - Instituciones, organizaciones locales, población y otros

### FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

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

C.) ¿Se requiere Colegiatura?



<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egresado(a)	LICENCIADO TECNOLOGIA MEDICA	<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 checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Título/ Licenciatura	¿Requiere SERUMS?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
<input checked="" type="checkbox"/>	Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Maestría						
					Egresado	<input type="checkbox"/>	Titulado				
					Doctorado	<input type="checkbox"/>	Titulado				
					Egresado	<input type="checkbox"/>	Titulado				

**CONOCIMIENTOS**

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):  
 Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional afines al servicio convocado.

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 en Terapia de Lenguaje ó  
 Capacitación en registros y codificación en salud mental comunitario.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

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

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

**EXPERIENCIA**

Experiencia general  
 Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.  
 Experiencia mínimo un (01) año, en sector publico y/o privado, incluido SERUMS.

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

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 si 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.

**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 Quinientos soles. S/.3,500.00



## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

**COD: 003-2022**

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** RED DE SALUD DE HUAROCHIRI  
**Denominación:** LICENCIADA EN ENFERMERIA  
**Nombre del puesto:** ENFERMERA (O)  
**Numero del puestos:** UNO (01) CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SANTA EULALIA  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
**Dependencia Jerárquica funcional:** RED DE SALUD DE HUAROCHIRI  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

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

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Realizar la evaluación inicial a los usuarios nuevos de forma presencial o telefónica según el caso lo requiera.
2	Atender a 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 del 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

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

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

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	<b>LICENCIADO ENFERMERIA</b>
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	

#### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí  No



Doctorado  
 Egresado  Titulado

[Empty box for additional information]

¿Requiere SERUMS?  
 Sí  No

**CONOCIMIENTOS**

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

Conocimiento en valoración de riesgos, problemas psicosociales y trastornos mentales.

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:

Capacitación relacionado a 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 mínima dos (02) años ejerciendo la especialidad en establecimiento 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:

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:

[Empty box for experience duration]

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 si se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

Experiencia mínima de (01) año en establecimiento de salud del sector público. (incluye SERUMS)

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

[Empty box for additional experience requirements]

**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 Quinientos soles. S/3,500.00

