

# GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA U.E. 405 RED DE SALUD ANGARAES



Gobierno Regional  
**HUANCAVELICA**  
#RegiónOrgánica



RUMBO AL  
BICENTENARIO

PROCESO DE CONVOCATORIA

CAS N° 011 - 2020/GOB.REG.HVCA/UE-RSA

DECIMA PRIMERA CONVOCATORIA

BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN BAJO  
EL REGIMEN ESPECIAL DE CONTRATACION  
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS DE  
PROFESIONALES DE LA SALUD Y  
PERSONAL ADMINISTRATIVO PARA LA RED  
DE SALUD ANGARAES

LIRCAY, NOVIEMBRE DEL 2020



## CAPITULO I

### GENERALIDADES

#### 1.1 ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre: Unidad Ejecutora 405 Red de Salud Angaraes  
RUC N°: 20601021006

#### 1.2 DOMICILIO LEGAL

Jr. Lima N° 274 Barrio Pueblo Nuevo – Lircay - Provincia Angaraes Departamento de Huancavelica.

#### 1.3 OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente proceso de selección tiene por objeto de contratar profesionales de salud para el Centro de Salud Mental Comunitario, a fin de dotar con potencial humano calificado que reúnan los requisitos establecidos en los perfiles de puestos para el cumplimiento de las metas programadas para el presente año. Por el periodo de 01 mes, renovable previa evaluación, lo cual tendrá vigencia para el año fiscal 2020, en busca de mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud de la IPRESS del primer nivel de atención.

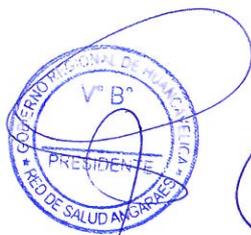
#### 1.4 DEPENDENCIA ENCARGADA DE REALIZAR EL PROCESO DE CONTRATACION

Comité de Evaluación y Selección Concurso CAS N° 011-2020/UERSA/CES-CAS

#### 1.5 BASE LEGAL

El presente proceso se rige por:

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- Ley N° 29849, Ley que establece la Eliminación Progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057 y otorga Derechos Laborales.
- Ley N° 26771 Ley del Nepotismo y su reglamento.
- Ley N° 27815 Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública
- Ley N° 29973, Ley General de personas con discapacidad.
- Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Decreto Legislativo N° 1057, Norma que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057.
- Decreto de Urgencia N° 014-2019, Que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2020
- Norma Técnica N° 138-2017 de Centros de Salud Mental Comunitario, aprobado con Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA.
- Guía Técnica para el cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el Contexto del COVID.19, aprobado con Resolución Ministerial N° 180-2020/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 186-2020-MINSA que aprueba la Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad en el contexto del Covid-19.



1.6. DEPENDENCIA, UNIDAD ORGÁNICA Y/O ÁREA SOLICITANTE  
 UNIDAD EJECUTORA N° 405 - RED DE SALUD ANGARAES, (CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ANGARAES).

1.7. DEPENDENCIA ENCARGADA DE CONDUCIR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN  
 Comité Especial de Selección- CAS 2020.

1.8. REQUERIMIENTO DE PLAZAS PARA EL PROCESO DE CONVOCATORIA CAS 2020

PERSONAL ASISTENCIAL	PSQUIATRA	PSICOLOGO	QUIMICO FARMACEUTICO	TRABAJADOR DE SERVICIOS GENERALES (VIGILANCIA)
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – ANGARAES	1	1	1	1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>4</b>			

1.9. RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO PARA CONCURSO PÚBLICO MODALIDAD CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS (CAS)

PUESTO	CODIGO DEL PUESTO	NUMERO DE PUESTOS	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	RETRIBUCION MENSUAL	PERIODO DE CONTRATO
PSQUIATRA	PSQ-1	01	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	8,000.00	1 MES
PSICOLOGO	PSIC-1	01	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	2,500.00	1 MES
QUIMICO FARMACEUTICO	Q.F.-1	01	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	2,500.00	1 MES
TRABAJADOR DE SERVICIOS GENERALES (VIGILANCIA)	VIG-1	01	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	1,500.00	1 MES
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>				



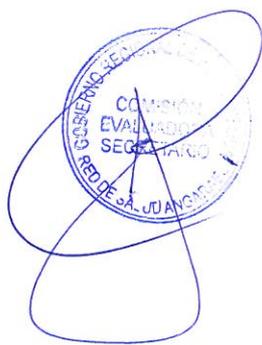
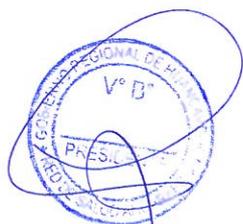
## CAPITULO II

### ETAPAS DE LA SELECCIÓN

#### 2.1. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO.

ETAPA DEL PROCESO	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Aprobación de la Convocatoria	09 de noviembre del 2020	Comité de Evaluación y Selección CAS
<b>CONVOCATORIA</b>		
Publicación y difusión de la convocatoria: En el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica y Redes Sociales de la Red de Salud Angaraes, Registro en SERVIR TALENTO PERU	Del 10 de noviembre de 2020 al 23 de noviembre de 2020	URH-UERSA
Remisión de Currículo Vitae en formato digital (PDF) al siguiente correo electrónico dispuesto por la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud Angaraes <a href="mailto:redangaraes@direshuancavelica.gob.pe">redangaraes@direshuancavelica.gob.pe</a>	24 de noviembre de 2020	URH-UERSA
<b>SELECCIÓN</b>		
Evaluación Curricular	25 de noviembre de 2020	Comité de Evaluación y Selección CAS
Publicación de resultados del Currículo Vitae - Aptos por orden de mérito en las Redes Sociales de la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud Angaraes.	25 de noviembre de 2020	Comité de Evaluación y Selección CAS
Presentación de solicitudes de Reconsideración y/o reclamos, dirigido a la Comisión de Selección CAS al correo: <a href="mailto:redangaraes@direshuancavelica.gob.pe">redangaraes@direshuancavelica.gob.pe</a>	26 de noviembre de 2020 9:00 am a 10:00 am	Comité de Evaluación y Selección CAS
Publicación de Absolución de reconsideración y/o reclamos	26 de noviembre de 2020 10:00 am a 11:00 am	Comité de Evaluación y Selección CAS
Ejecución de Entrevista Personal Virtual	26 de noviembre de 2020 (según cronograma)	Comité de Evaluación y Selección CAS
Publicación de resultados finales, en el Portal Web del Gobierno Regional de Huancavelica y en el facebook de la Red de Salud Angaraes	26 de noviembre de 2020	URH-UERSA
<b>SUSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL CONTRATO</b>		
Suscripción de Contrato e Inicio de labores	27 al 03 de diciembre de 2020	URH-UERSA

**NOTA:** Las personas interesadas en participar en el proceso de selección y que cumplan con los requisitos establecidos para cada perfil de puesto convocado, deberán enviar al correo electrónico; [redangaraes@direshuancavelica.gob.pe](mailto:redangaraes@direshuancavelica.gob.pe). Los ANEXOS y el CURRICULUM VITAE en formato PDF, las postulaciones que se reciban en otro formato no serán consideradas aptas/os para el proceso, el cual será el día 24 DE NOVIEMBRE DEL 2020, conforme al cronograma del proceso.



2.2. INSCRIPCION Y RECEPCION DE EXPEDIENTES:

Postulación Vía Electrónica:

- Los postulantes deberán de remitir los ANEXOS y el CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO en formato digital (PDF) al correo electrónico [redangaraes@direshuancavelica.gob.pe](mailto:redangaraes@direshuancavelica.gob.pe) señalando el código, cargo, apellidos y nombres; por ejemplo: código PSQ-1\_ PSQUIATRA\_apellidos y nombres, el día 24 de noviembre del 2020, recibiendo un correo que confirme la recepción.

2.3. EVALUACION CURRUCULAR:

- La comisión Especial CAS, será quien realizara las verificaciones que correspondan en cuanto a los perfiles

2.4. REQUISITOS GENERALES PARA POSTULAR:

- Podrán participar del presente proceso, toda persona natural con las condiciones y los requisitos mínimos señalados en los perfiles solicitados.
- Todo profesional de la salud a contratar deberá de contar con Termino de SERUMS (deseable) Colegiatura y Habilitación Vigente (Obligatoria caso contrario será descalificado).
- El Postulante deberá de presentar el Anexo 1 "Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal dispuesto en los "Lineamientos para la Contratación de Personal CAS tomando como base las disposiciones extraordinarias en materia de contratación de personal del Sector Publico", en cumplimiento del Decreto de Urgencia N° 029-2020 y el Currículo Vitae Digital documentado (PDF), caso contrario no será evaluado
- El Currículo Vitae digital (PDF) documentado deberá estar debidamente ordenado según lo establecido en el Anexo 1.

2.5. ETAPAS Y MODO DE EVALUACION

EVALUACION	PESO	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
<b>I. EVALUACION DE HOJA DE VIDA</b>	<b>60 %</b>	<b>30</b>	<b>60</b>
<b>a. Formación Académica</b>		<b>10</b>	<b>20</b>
<b>b. Experiencia</b>		<b>15</b>	<b>30</b>
<b>c. Capacitación</b>		<b>5</b>	<b>10</b>
<b>II. ENTREVISTA PERSONAL</b>	<b>40%</b>	<b>25</b>	<b>40</b>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

NOTA:

- La evaluación curricular y la entrevista se realizaran sobre la sumatoria de un puntaje máximo de 100 puntos.
- El puntaje mínimo para aprobar la evaluación curricular es de 30 puntos, los postulantes que no obtengan el puntaje mínimo serán descalificados.
- El puntaje mínimo para aprobar la entrevista personal es de 25 puntos, los postulantes que no obtengan el puntaje mínimo será descalificados.

2.6. DESARROLLO DE LAS ETAPAS

- De la remisión del currículo vitae al correo: [redangaraes@direshuancavelica.gob.pe](mailto:redangaraes@direshuancavelica.gob.pe) La hoja de vida documentada, será presentada de manera virtual, el cual debe contener el CURRICULO VITAE, y las declaraciones juradas.

Los postulantes remitirán la DOCUMENTACION SUSTENTATORIA DE MANERA OBLIGATORIA en formato PDF en el siguiente orden:

**ANEXO N° 01: FICHA UNICA DE DATOS**

Currículo vitae actualizado precisando las funciones realizadas y fechas de inicio y fin de la trayectoria laboral, el orden de los documentos debe ser de acuerdo a lo declarado en la Ficha Única de Datos-Anexo 1.

**ANEXOS N° 02,03, 04, 05 Y 06: DECLARACIONES JURADAS (Firmados y con huella digital)**



• **EVALUACION CURRICULAR**

**Ejecución:** La evaluación del currículum vitae de los postulantes se basará estrictamente en la información registrada según el ANEXO N° 01 Ficha Única de Datos

• **ENTREVISTA PERSONAL:**

**Ejecución:** La entrevista tiene como finalidad seleccionar a los candidatos más idóneos para los puestos de trabajo requeridos, es decir, se analiza su perfil en el aspecto personal, el comportamiento, las actitudes y habilidades del postulante, la cual será realizada por el Comité de Evaluación y Selección CAS.

El candidato deberá presentarse a la entrevista personal en la fecha y hora indicada en la publicación portando su DNI, en este caso se realizará de manera virtual.

El postulante que no se presente a la hora indicada será considerado como DESCALIFICADO.

El puntaje obtenido en la entrevista se publicará en el cuadro de mérito en la etapa de resultados finales.

2.7. **CUADRO DE MÉRITO.**

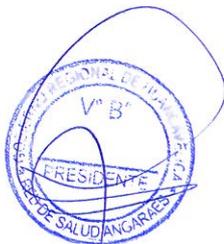
• **Elaboración del cuadro de méritos**

El cuadro de méritos es elaborado solo con aquellos participantes que hayan aprobado todas las etapas del proceso de selección: presentación de currículum vitae documentada, evaluación curricular y entrevista personal.

**CUADRO DE MÉRITOS**

PUNTAJE POR ETAPAS			PUNTAJE TOTAL	BONIFICACIONES	PUNTAJE FINAL
Evaluación Curricular	+	Entrevista Personal	= Puntaje Total	NO CORRESPONDE	Puntaje Final
Evaluación Curricular	+	Entrevista Personal	= Puntaje Total	+ si corresponde Bonificación a la persona con discapacidad (+15)	= Puntaje Final
Evaluación Curricular	+	Entrevista Personal	= Puntaje Total	+ Si corresponde Bonificación al licenciado de las fuerzas armadas (+10%)	= Puntaje Final
Evaluación Curricular	+	Entrevista Personal	= Puntaje Total	+ Si corresponde bonificación a la persona con discapacidad y al personal licenciado de las fuerzas armadas (+25%)	= Puntaje Final

Se precisa que en ambos casos la bonificación a otorgar será de aplicación cuando el postulante haya alcanzado el puntaje mínimo aprobatorio en el puntaje total según corresponda.



## 2.8. BONIFICACION ADICIONAL

Al resultado final de la Evaluación Curricular se considerara la bonificación de acuerdo a las normas vigentes:

- **Al Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas:** Se otorgará una bonificación del 10% sobre el puntaje final obtenido, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4° de Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 061-2015-SERVIR/PE, siempre que el postulante que lo haya indicado y adjuntado al **CURRICULUM VITAE** la copia simple del documento oficial, emitido por la autoridad competente, que acredite su condición de licenciado de las Fuerzas Armadas.
- **A las Personas con discapacidad:** Se otorgará una bonificación por discapacidad, equivalente al 15% sobre el puntaje total, al postulante que lo haya indicado y adjuntado la Resolución emitido por el CONADIS.

## 2.9. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FINAL.

La relación de postulantes que resulten ganadores para cubrir plazas según orden de mérito serán publicados en la red social de la Red de Salud Angaraes Facebook oficial de la Red de Salud Angaraes y se les comunicara vía telefónica.

## 2.10. ADJUDICACION DE PLAZAS:

Se realizara de acuerdo al orden de mérito obtenido en el concurso, previa comunicación digital y/u otro medio de comunicación.

## 2.11. DURACION DEL CONTRATO:

Los Profesionales de la Salud, serán contratados a **partir del 01 de diciembre 2020 hasta el 31 de diciembre 2020.**

## 2.12. SUSCRIPCION Y REGISTRO DEL CONTRATO

El candidato declarado GANADOR en el proceso de selección de personal para efectos de la suscripción y registro de Contrato Administrativo de Servicios deberá presentarse ante la Unidad de Recursos Humanos, dentro de los 05 días hábiles posteriores a la publicación de los resultados finales y traer consigo su CV documentado en físico y su respectivo Documento de Nacional de Identidad.

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

### DECLARATORIA DEL PROCESO COMO DESIERTO

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

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

### CANCELACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN

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

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



**2.14. IMPEDIMENTOS DE POSTULACION:**

No podrán participar del presente proceso, las personas que estén considerados en las siguientes condiciones:

- a) Tener vínculo de parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad con el Director y funcionarios de la Red de Salud Angaraes.
- b) Tener antecedentes penales, policiales, judiciales o administrativos que impidan contratar con el estado.
- c) Tener patologías de Salud Mental que impidan el adecuado desenvolvimiento en sus funciones encomendadas.

**2.15. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:**

- El área usuaria seleccionada al candidato/a para la contratación respectiva, deberá de remitir a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, el Currículo Vitae documentado, la ficha Única de Datos para la Contratación de Personal (Anexo 1, 2, 3, 4, 5 y 6 ), ambos en formato digital (PDF) al correo [redangaraes@direshuancavelica.gob.pe](mailto:redangaraes@direshuancavelica.gob.pe) (correo institucional).
- La Unidad de Gestión de Recursos Humanos deberá de emitir el contrato CAS y lo enviara en formato digital (PDF) al área usuaria para la suscripción del servidor/a.
- La conducción del proceso de selección en todas sus etapas estará a cargo del Comité de Selección.
- El candidato debe conectarse a la hora indicada a las respectivas evaluaciones.



### CAPITULO III

#### VER PERFILES DE PUESTO



# PERFIL DEL PUESTO

PSQ-1

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ANGARAES  
**Denominación:** MEDICO PSIQUIATRA  
**Nombre del puesto:** MEDICO PSIQUIATRA  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** UNIDAD EJECUTORA DE RED DE SALUD ANGARAES  
**Dependencia Jerárquica funcional:** CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - ANGARAES  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en el campo asistencial de la psiquiatría a pacientes de salud mental de acuerdo a las guías y protocolos establecidos con la finalidad de lograr la prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, familia y comunidad

## FUNCIONES DEL PUESTO

1	Brindar atención especializada en Salud Mental a nivel individual, familiar y comunitario en trastornos mentales y problemas psicosociales para su intervención terapéutica, seguimiento y monitoreo
2	Realizar psicoterapia individual y familiar ambulatoria a personas con morbilidad, para el logro de recuperación
3	Coordinar y participar de las actividades de prevención y promoción de la Salud mental
4	Realizar acompañamientos clínicos psicosociales, de acuerdo al Plan Anual de Acompañamiento Clínico Psicosocial elaborado por el equipo interdisciplinario del Centro de Salud Mental Comunitario (Informe).
5	Sesiones de terapia grupal
6	Realizar visitas domiciliarias a usuarios y familiares, para garantizar la continuidad de su tratamiento.
7	Atención ambulatoria a personas con morbilidad en trastornos mentales y problemas psicosociales para intervención terapéutica, seguimiento y monitoreo del plan de atención individualizada (PAI).
8	Cumplir otras Funciones Asignada por el Jefe Inmediato Superior

## COORDINACIONES PRINCIPALES

### Coordinaciones Internas

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCION, COORDINACION CON LOS MIEMBROS DE SU EQUIPO DE TRABAJO.

### Coordinaciones Externas

TODAS LAS UNIDADES ORGANICAS

## 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

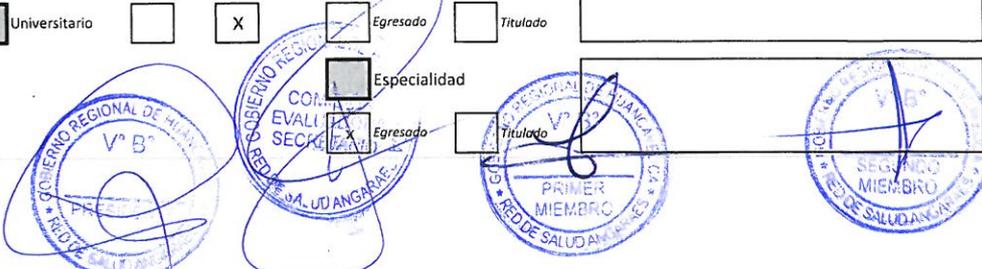
<input type="checkbox"/> Egresado(a)	MEDICO PSIQUIATRA
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	
<input type="checkbox"/> Especialidad	
<input checked="" type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	

### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

### ¿Requiere habilitación profesional?

Sí  No



**CONOCIMIENTOS**

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

CONOCIMIENTOS EN LAS NORMAS TÉCNICAS DEL MINSA, CONOCER LOS DOCUMENTOS NORMATIVOS GENERALES DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL CONTROL Y PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL.

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:

Constancia de egreso de especialidad en Psiquiatría

Temas referentes a perfil profesional

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas. (NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)

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.

3 AÑOS DE EXPERIENCIA (INCLUIDO RESIDENTADO)

**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 Área o Dpto     Gerente o Director

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

3 AÑOS DE EXPERIENCIA (INCLUIDO RESIDENTADO)

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.

3 AÑOS DE EXPERIENCIA (INCLUIDO RESIDENTADO)

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

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD CLINICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ETICA Y VALORES : SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



# PERFIL DEL PUESTO

**PSIC-1**

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ANGARAES  
**Denominación:** PSICOLOGO  
**Nombre del puesto:** PSICOLOGO  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** UNIDAD EJECUTORA DE RED DE SALUD ANGARAES  
**Dependencia Jerárquica funcional:** CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - ANGARAES  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en el campo asistencial, tecnico y administrativo a pacientes de salud mental de acuerdo a las guías y protocolos establecidos con la finalidad de lograr la prevencion, recuperacion y rehabilitacon de la persona, familia y comunidad

## FUNCIONES DEL PUESTO

1	Realizar atenciones ambulatorias a personas con morbilidad en trastornos mentales y problemas psicosociales para la elaboracion de la historia clinica, diagnostico clinico, psicosocial especializado y elaboracion del plan de atencion individualizado para una adecuada y oportuna intervencion
2	Atender de forma ambulatoria de seguimiento por problemas psicosociales a persona con morbilidad en trastornos mentales para la disminucion de estas morbilidades.
3	Realizar psicoterapia individual o familiar ambulatoria con la finalidad de disminuir la morbilidad en trastornos mentales y/o problemas psicosociales
4	Realizar acompañamientos clínicos psicosociales , de acuerdo al Plan Anual de Acompañamiento Clínico Psicosocial elaborado por el equipo interdisciplinario del Centro de Salud Mental Comunitario (Informe).
5	Acompañara a visitas domiciliarias a usuarios /familiares con trastornos mentales /problemas psicosociales para la continuidad de cuidados y adherencia al tratamiento psicofarmacologico
6	Llevar a cabo talleres de sensibilizacion a las comunidades sobre temas de salud mental para la adecuada deteccion y referencias de Iso casos de salud nental
7	Atención ambulatoria a personas con morbilidad en trastornos mentales y problemas psicosociales para intervención terapéutica, seguimiento y monitoreo del plan de atención individualizada (PAI).
8	Cumplir otras Funciones Asignada por el Jefe Inmediato Superior

## COORDINACIONES PRINCIPALES

**Coordinaciones Internas**  
 TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCION, COORDINACION CON LOS MIEMBROS DE SU EQUIPO DE TRABAJO.

**Coordinaciones Externas**  
 TODAS LAS UNIDADES ORGANICAS

## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

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

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

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

PSICOLOGO/A

### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

¿Requiere habilitación profesional?

Sí  No



**CONOCIMIENTOS**

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

CONOCIMIENTOS EN LAS NORMAS TÉCNICAS DEL MINSA ,CONOCER LOS DOCUMENTOS NORMATIVOS GENERALES DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL CONTROL Y PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL.

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 en gerencia de servicios de salud y afines  
 Capacitación en clima organizacional, terapia familiar, especialización en salud mental comunitaria (opcional) y otros afines al puesto

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas. (NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)

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.

1 AÑO DE EXPERIENCIA (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 Área o Dpto     Gerente o Director

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

1 AÑO DE EXPERIENCIA (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.

1 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

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

NO APLICA

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD CLINICA Y ORGANIZATIVA  
 CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL  
 CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION  
 CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO  
 ETICA Y VALORES : SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



# PERFIL DEL PUESTO

Q.F-1

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ANGARAES  
**Denominación:** QUIMICO FARMACEUTICO  
**Nombre del puesto:** QUIMICO FARMACEUTICO  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** UNIDAD EJECUTORA DE RED DE SALUD ANGARAES  
**Dependencia Jerárquica funcional:** CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - ANGARAES  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en el campo asistencial, y administrativo a pacientes de salud mental de acuerdo a las guías y protocolos establecidos con la finalidad de lograr la prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, familia y comunidad

## FUNCIONES DEL PUESTO

1	Dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios, incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, según la normatividad vigente
2	Atención de farmacia clínica para el uso racional y seguro de medicamentos, seguimiento fármaco terapéutico y farmacovigilancia a personas con morbilidad por trastornos mentales y/o problemas psicosociales
3	Atención con preparados farmacéuticos y acondicionamiento de dosis unitaria
4	Controlar y supervisar el abastecimiento de los medicamentos en el servicio de farmacia
5	Elaborar el Balance de Psicotrópicos lo cual incluye la revisión, supervisión de recetas y otros procedimientos necesarios para la elaboración del balance trimestral especificados en el Decreto Supremo N° 023-2001/SA
6	Control del stock de ventas realizando inventarios, asegurando de esta forma el stock físico con el stock del sistema
7	Informar los consumos mensuales de medicamentos de ventas, exoneración y donación, realizando los informes correspondientes
8	Gestión de medicamentos con riesgo de vencimiento, stock crítico, manejo de los medicamentos con riesgo de vencimiento realizando las gestiones necesarias para evitar la baja innecesaria

## COORDINACIONES PRINCIPALES

### Coordinaciones Internas

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN, COORDINACIÓN CON LOS MIEMBROS DE SU EQUIPO DE TRABAJO.

### Coordinaciones Externas

IPRESS, ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES LOCALES Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

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

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

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

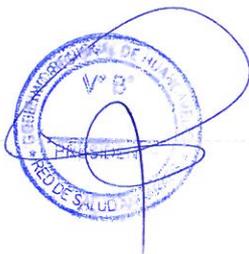
QUIMICO FARMACEUTICO

### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Si  No

¿Requiere habilitación profesional?

Si  No



**CONOCIMIENTOS**

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

CONOCIMIENTOS EN LAS NORMAS TÉCNICAS DEL MINSA ,CONOCER LOS DOCUMENTOS NORMATIVOS GENERALES DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL CONTROL Y PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL.

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 en gerencia de servicios de salud y afines

Temas referentes a perfil profesional

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas. (NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)

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.

1 AÑO DE EXPERIENCIA

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 Área o Dpto     Gerente o Director

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

1 AÑO DE EXPERIENCIA

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.

1 AÑO DE EXPERIENCIA

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

NO APLICA

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD CLÍNICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES : SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



# PERFIL DEL PUESTO

VIG-1

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ANGARAES  
**Denominación:** TRABAJADORES DE SERVICIOS GENERALES (VIGILANCIA)  
**Nombre del puesto:** TRABAJADORES DE SERVICIOS GENERALES (VIGILANCIA)  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** UNIDAD EJECUTORA DE RED DE SALUD ANGARAES  
**Dependencia Jerárquica funcional:** CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - ANGARAES  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Garantizar la conservación, limpieza y seguridad de los ambientes y bienes del Centro de Salud Mental Comunitario Angaraes

## FUNCIONES DEL PUESTO

1	Vigilar el ingreso y salida de personas y/o pacientes
2	Custodiar los bienes del establecimiento
3	Cumplir otras funciones que le asigne el Jefe inmediato.

## COORDINACIONES PRINCIPALES

### Coordinaciones Internas

Coordinación con todos los servicios de establecimientos de salud priorizados bajo la jurisdicción.

### Coordinaciones Externas

Coordinación con las Unidades orgánicas e instituciones públicas y privadas

## 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"/>
<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	TRABAJADORES DE SERVICIOS GENERALES (VIGILANCIA)
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input 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	

### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

### ¿Requiere habilitación profesional?

Sí  No

## CONOCIMIENTOS

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

Conocimiento en higiene de ambientes o bioseguridad.L.

### 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 en seguridad, higiene y ambiente.

Temas referentes a perfil del puesto laboral

### C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas: (NO REQUIEREN DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)



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.

1 AÑO DE EXPERIENCIA

### 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 Área o Dpto   
 Gerente o Director

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

1 AÑO DE EXPERIENCIA

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.

1 AÑO DE EXPERIENCIA

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

NO APLICA

## HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO, COMPROMISO CON LA INSTITUCIÓN.

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO

ETICA Y VALORES : SOLIDARIDAD Y HONRADEZ

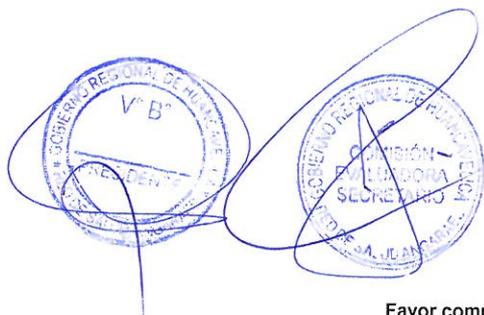


		<h1>ANEXO 1</h1> <h2>Ficha Única de Datos</h2>				Foto actualizada			
<p>El Comité de Evaluación CAS N° 011 - 2020 -RSA, solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras 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.</p>									
<b>DATOS PERSONALES</b>									
Apellidos y Nombres:									
DNI N°		RUC N°							
Fecha de nacimiento		/ /		Distrito-Provincia-Departamento					
Teléfono fijo		Teléfono móvil							
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo							
Enfermedades /Alergias									
En caso de emergencia contactar a:									
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia							
Estado Civil		<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente							
Discapacidad		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Tipo de discapacidad		<input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales							
<b>DOMICILIO</b>									
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)									
<b>DATOS FAMILIARES</b>									
Apellidos y Nombres:		Fecha Nacimiento		Número de DNI		Parentesco		Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios	
		/ /							
		/ /							
		/ /							
		/ /							
		/ /							



Favor completar esta información con firma en esta carilla.

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado		N° de Colegiatura	
Estudios Superiores (Universitario - Técnico)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titolado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magíster/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Especialización - Diplomados			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Cursos - Seminarios			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado



Favor completar esta información con firma en esta carilla.

**DATOS LABORALES**

Experiencia Laboral			
Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

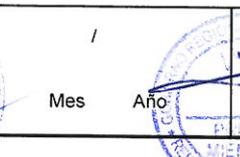
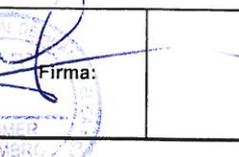
Labores de docencia			
Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

**DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES**

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- SI  NO REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
- SI  NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
- SI  NO REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
- SI  NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)
- SI  NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)
- SI  NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)
- SI  NO ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE
- SI  NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO
- SI  NO TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794
- SI  NO TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS.
- SI  NO SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) al g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO
- SI  NO PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ORGANOS COLEGIADOS

LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR


 Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
 
 Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
 
 Firma: \_\_\_\_\_
 

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

**ANEXO N° 02**

**DECLARACIÓN JURADA DE HABILITACIÓN**

Yo, ....., identificado (a) con DNI N° ....., con domicilio en ..... mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N°.....; cuya denominación es el puesto.....; convocado por la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud de Angaraes.

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

- ESTAR EN EJERCICIO Y EN PLENO GOCE DE MIS DERECHOS CIVILES.
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO AL CUAL ESTOY POSTULANDO.
- NO TENER CONDENA POR DELITO DOLOSO.<sup>1</sup>
- NO ESTAR IMPOSIBILITADO NI INHABILITADO LEGAL, ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN O PARA DESEMPEÑAR FUNCIÓN PÚBLICA.

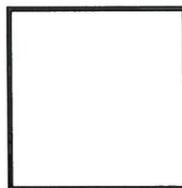
Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 49 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

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

Lircay, día ..... del mes de .....de.20.....

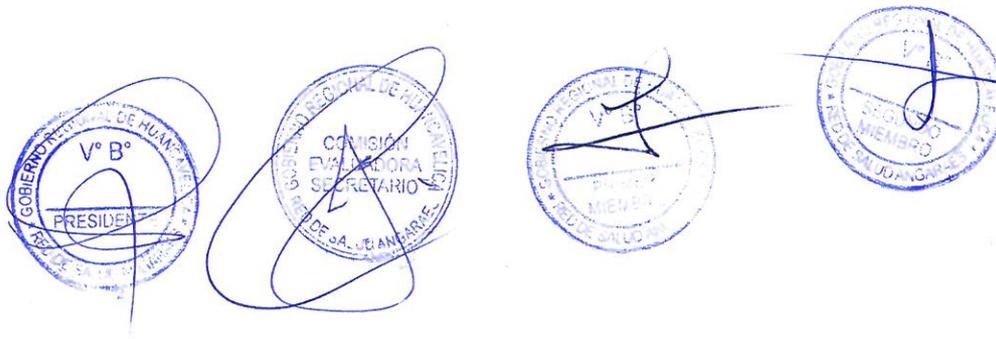
Firma:.....

DNI : .....



Huella Digital

<sup>1</sup> Sentencia firme.



**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES PENALES**

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

Ante usted me presento y digo:

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

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

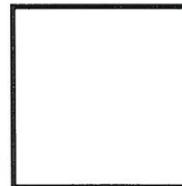
Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

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

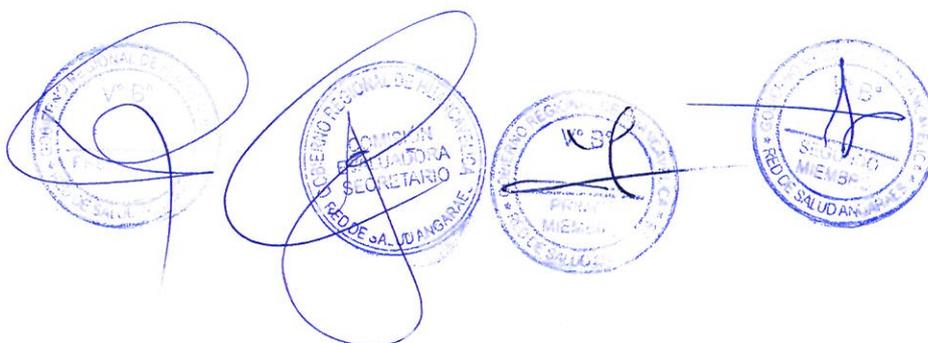
Lircay, día..... del mes de .....de.20.....

Firma:.....

DNI : .....



Huella Digital



**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES Y JUDICIALES**

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

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

No registrar antecedentes policiales y judiciales, a nivel nacional. Asimismo, tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporciono, autorizo a la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud Angaraes, 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 33° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

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

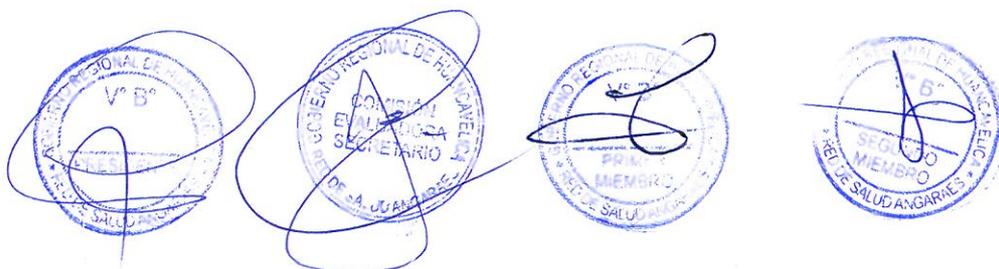
Lircay, día..... del mes de .....de.20.....

Firma:.....

DNI : .....



Huella Digital



**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO (D.S N° 034-2005-PCM)**

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

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE: (Marcar con un aspa según corresponda).

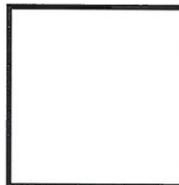
SI ( ) NO ( ) tener conocimiento que en la Unidad Ejecutora 405 Red de Salud de Angaraes, se encuentran laborando mis parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar a la entidad.

Parientes: Cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia	Órgano / Unidad Orgánica	Apellidos	Nombres

Lircay, día ..... del mes de .....de.20

Firma:.....

DNI : .....



Huella Digital



**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA PARA OTORGAMIENTO DE BONIFICACIONES**

Yo:..... Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°..... A efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como.....en.....; Manifiesto con carácter de DECLARACION JURADA lo siguiente:

**BONIFICACION POR DISCAPACIDAD**  
 (Marque con una "X" la respuesta")

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por el CONADIS.		

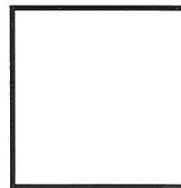
**BONIFICACION POR SER LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**  
 (Marque con una "X" la respuesta")

PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo establecido en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, que establece criterios para asignar una bonificación en concurso para puestos de trabajo en la administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de licenciado.		

Lircay, día ..... del mes de .....de.20.....

Firma:.....

DNI : .....



Huella Digital

