

**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

# **UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD DE TAYACAJA**

**CONCURSO PUBLICO CAS N° 006-2017**

## **BASES**

**CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN  
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS 2017**

**“PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD”  
PROFESIONALES Y TECNICOS ADMINISTRATIVOS”.**

**JUNIO - 2017**

# PROCESO CAS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS- UERST

## **CAPÍTULO I** **GENERALIDADES**

### **I. ENTIDAD CONVOCANTE**

Nombre : UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD TAYACAJA  
RUC N° : 20601077133

#### **1.1 DOMICILIO LEGAL**

Av. Mariscal Cáceres N° 906 – Pampas-Tayacaja-Huancavelica

#### **1.2 OBJETO DE LA CONVOCATORIA**

El objeto de la convocatoria es la Contratación Administrativa de Servicio para Profesionales para desarrollar labores de naturaleza permanente como personal administrativo en la Unidad Ejecutora Red de Salud de Tayacaja.

El Perfil y Las características del Puesto, así como las Condiciones esenciales del Contrato están definidos en el capítulo III de las presentes Bases.

#### **1.3 FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Fuente Financiamiento : 1 Recursos Ordinarios  
Rubro : 00 Recursos Ordinarios

#### **1.4 BASE LEGAL**

- 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. Modificado por Decreto Supremo N° 065-2011-PCM
- Decreto Supremo N° 018-2007-TR-Disposiciones relativa al uso del documento denominado Planilla Electrónica.
- Ley N° 26790-Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley 28411-Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 30518-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017.
- Ley N° 27444-Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 27806-Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.

Las referidas normas incluyen sus respectivas disposiciones ampliatorias, modificatorias y conexas, de ser el caso.

### **II. CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO:**

**PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD Y ADMINISTRATIVOS PARA LA CONVOCATORIA 2017 DE LA RED DE SALUD DE TAYACAJA - PROCESO CAS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/GRH-CAS-UERST.**

ITEM	PLAZA	CODIGO DE PLAZA	AREA LABORAL	CANT.	MONTO MENSUAL	PROGRAMA PRESUPUESTAL	FFTO	PLAZO DE CONTRATACION
1	LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA	LIC-01	C.S. QUICHUAS	1	2,300.00	PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	RO-RED	16/06/2017-30/09/2017
2			C.S. COLCABAMBA	1	2,300.00	PROGRAMA ARTICULADO	RO-RED	16/06/2017-30/09/2017
3			P.S. SAN MIGUEL DE HUALLHUA	1	2,300.00	PROGRAMA ARTICULADO	RO-RED	16/06/2017-30/09/2017
4	QUIMICO FARMACEUTICO	QF-02	C.S. DANIEL HERNANDEZ	1	2,300.00	PROGRAMA ARTICULADO	RO-RED	16/06/2017-30/09/2017
5	PSICOLOGO	PSICOL-03	C.S. DANIEL HERNANDEZ	1	2,300.00	SALUD MENTAL	RO-RED	16/06/2017-30/09/2017
<b>TOTAL PLAZAS</b>				<b>5</b>				

**III. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO**

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	Unidad Ejecutora Red de Salud de Tayacaja
Duración del contrato	- Inicio : 16 de junio de 2017 - Término : 30 de setiembre de 2017
Otras condiciones esenciales del contrato	-No tener impedimentos para contratar con el Estado. -No tener antecedentes judiciales, policiales ni penales.

**IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO**

CONVOCATORIA		
1	Publicación de la convocatoria en el Portal Web de la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo - Huancavelica.	Del 23 de mayo de 2017 al 05 de junio de 2017
2	Publicación de la convocatoria en el Portal Web del Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja.	Del 06 de junio de 2017 al 12 de junio de 2017

3	Presentación curricular, en la Secretaria de Mesa de Partes de la Red de Salud de Tayacaja.	13 de junio de 2017 Hora: de 08:00 a.m. a 01:00.p.m. y 02:30 p.m. a 05:30 p.m.
<b>SELECCIÓN</b>		
4	<b>Evaluación Curricular</b>	14 de junio de 2017
7	<b>Publicación Preliminar de Resultados de la Evaluación Curricular</b> , en el Portal Web de Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja.	14 de junio de 2017 04:00 p.m.
8	<b>Recepción de Solicitudes de Reclamos y Absolución</b>	14 de junio de 2017 04.00 p.m. A 05:00 p.m.
9	<b>Publicación de Resultados de la Evaluación Curricular</b> , en el Portal Web de Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja.	14 de junio de 2017 05:30 p.m.
10	<b>Entrevista Personal:</b> Lugar: Red de Salud de Tayacaja (Av. Mariscal Cáceres N° 906, del Distrito de Pampas-Tayacaja).	15 de junio de 2017 A partir de 09:00 a.m.
11	<b>Publicación del resultado FINAL:</b> portal Institucional del Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja	15 de junio de 2017 05:00 p.m.
12	Adjudicación de Plazas	15 de junio de 2017 A partir de 05.15 p.m.
<b>INICIO DE LABORES</b>		
13	Inicio de labores	16 de junio de 2017

**Nota:** Los que no cumplan los requisitos mínimos, según los perfiles de puesto no podrán participar y/o serán descalificados en el presente proceso.

#### V. PRESENTACIÓN DE SOBRE

La presentación se efectuará en un sobre cerrado y estarán dirigidas a la Comisión Especial de Evaluación CAS, conforme al siguiente detalle:

<p>Señores</p> <p><b>UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD TAYACAJA</b></p> <p>Comité Proceso de Selección</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIO N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST</b></p> <p>SOBRE N° 1: SOBRE CURRICULAR</p> <p>NOMBRE / RAZON SOCIAL DEL POSTULANTE.....</p> <p>.....</p> <p>CODIGO O ITEM AL CUAL POSTULA: .....</p> <p>N° DE FOLIOS DE C/ EJEMPLAR.....</p>
--

El postulante será responsable de la exactitud y veracidad de los documentos presentados.

Los formatos podrán ser llenados por cualquier medio, incluyendo el manual, debiendo llevar la rúbrica del Postulante.

## VI. CONTENIDO DE LOS SOBRES

Se presentarán en un (1) original. Los sobres que se presentarán serán en copias legibles, **debidamente foliadas y ENUMERAR de manera ascendente desde la última página hasta la primera página.** Aquellas propuestas que no cumplan con lo antes señalado se tendrán como **no presentada**. Asimismo los documentos no legibles no serán considerados para la evaluación.

### SOBRE CURRICULAR

**Documentación de presentación obligatoria: (se deberá presentar en forma ordenada, lo siguiente):**

- a) Copia del DNI del postulante. Vigente.
- b) Declaración Jurada de datos del postulante, **Anexo N° 01**
- c) Declaración Jurada en la que el postulante declare que cumplirá con las prestaciones a su cargo relacionadas al objeto de la contratación, **Anexo N° 02**
- d) Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado, **Anexo N° 03**
- e) Declaración Jurada en la que el postulante señale que no recibe del Estado doble percepción de ingresos, **Anexo N° 04**
- f) Declaración Jurada en la que el postulante señale declare algún parentesco que tuviese con funcionarios del Gobierno Regional, **Anexo N° 05**
- g) Currículum Vitae, debidamente **fedateado por la Unidad Ejecutora Red de Salud de Tayacaja**, sustentado y documentado. **Anexo N° 06**
- h) Declaración Jurada en la que se detalle la experiencia en capacitaciones asistidas por el postor. **Anexo 07.**
- i) Declaración Jurada de no estar inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos. **Anexo N° 08.**
- j) Declaración Jurada de Veracidad de la Documentación Presentada. **Anexo N° 09.**
- k) Declaración Jurada de no tener antecedentes judiciales, Policiales ni penales. **Anexo N° 10.**
- l) Declaración Jurada de no tener sanción por falta administrativa vigente. **Anexo N° 11.**

**NOTA:**

- 1) Si no es llenada la información tal cual indica en los anexos será causal de descalificación.
- 2) Toda la documentación presentada (incluido currículo) deberá estar debidamente firmada por el postulante y debe estar foliado, caso contrario no serán considerados para la evaluación.

## VII. PROCESO DE EVALUACION

- **EL PROCESO DE EVALUACION SE REALIZARA EN DOS (02) ETAPAS.**
- Cada fase de la evaluación es excluyente para la siguiente etapa.
- Los aspectos que no son considerados en la presente base de convocatoria, serán deliberados y resueltos por la comisión.
- Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán un máximo y un mínimo de puntos, distribuyéndose de la siguiente manera:

## VIII. ETAPAS Y MODO DE EVALUACION

ETAPAS	EVALUACION	PESO	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO
<b>1RA ETAPA</b>	<b>EVALUACION DE EXPEDIENTE</b>	<b>50 %</b>	<b>30</b>	<b>50</b>
	1. Formación Académica			<b>20</b>
	2. Experiencia			<b>15</b>
	3. Capacitación			<b>15</b>
<b>2DA ETAPA</b>	<b>ENTREVISTA PERSONAL</b>	<b>50 %</b>	<b>40</b>	<b>50</b>
	1. Dominio Temático			<b>20</b>
	2. Capacidad Analítica			<b>10</b>
	3. Facilidad de Comunicación			<b>12</b>
	4. Presentación Personal y Puntualidad			<b>08</b>
	<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>100 %</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

## IX. BONIFICACION:

- **Al Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas:** Se otorgara una bonificación del 10 % sobre el puntaje final de la evaluación curricular obtenido, de conformidad con lo establecido en el artículo 4° de la Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 61-2015-SERVIR/PE, siempre que el postulante que le 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 otorgara una bonificación del 15 % sobre el puntaje final obtenido en la etapa de evaluación, que incluye la entrevista final, de conformidad con lo establecido en el artículo 48° de la Ley N° 29973, "Ley General de la Persona con Discapacidad", al postulante que lo haya indicado y adjuntado al Curriculum Vitae la copia fedateada de la Resolución emitida por el CONADIS.

## X. RESULTADOS DE LA EVALUACION

La relación de postulantes que resulten ganadores se publicarán en el Portal Electrónico Institucional del Gobierno Regional. ([www.regionhuancavelica.gob.pe](http://www.regionhuancavelica.gob.pe)) y/o en un lugar visible de acceso público de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja.

De conformidad con la normativa del Decreto Legislativo N° 1057 y su Reglamento, no existe la posibilidad de cuestionar los resultados de la evaluación.

**NOTA:** Los participantes que no hayan resultado ganadores podrán recoger sus sobres sólo hasta después de los 07 días calendarios de haber culminado el proceso de selección. La Entidad se reserva el derecho de ponerlos a disposición para los fines que sean convenientes.

#### **XI. ADJUDICACION DE PLAZAS**

La adjudicación de plazas será en estricto orden de mérito hasta ocupar el total de las plazas ofertadas.

#### **XII. DE LA SUSCRIPCION DEL CONTRATO**

Dentro del plazo máximo de cinco (05) días hábiles contados a partir del día siguiente de la publicación de los resultados, el seleccionado deberá suscribir el respectivo Contrato Administrativo de Servicios, Si vencido dicho plazo sin que el seleccionado lo suscriba se procederá a notificar al que quedo en segundo puesto en orden de mérito para que en el plazo señalado anteriormente se proceda a la suscripción del contrato. De la misma manera, en caso no se suscribiera con el segundo se procederá a notificar el tercero contando éste con idéntico plazo para la suscripción del respectivo contrato.

*A la firma del contrato del postor adjudicado, el postulante deberá de presentar los originales del CURRÍCULUM VITAE.*

#### **XIII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACION DEL PROCESO**

##### **13.1. 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 ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
- c. Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las etapas de evaluación del proceso.

##### **13.2. Cancelación 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.

##### **NOTA:**

- “EL POSTULANTE GANADOR QUE RENUNCIE A SU PLAZA, LA CUAL ESTARÁ REGISTRADA EN LA BASE DE DATOS, QUEDARÁ IMPEDIDO DE VOLVER A POSTULAR A CONVOCATORIAS POSTERIORES EN EL PRESENTE AÑO FISCAL”.
- “EL POSTULANTE PARA PODER PARTICIPAR EN EL PRESENTE CONCURSO NO DEBE DE TENER VINCULO LABORAL CON ESTA INSTITUCION”.

#### **XIV. PERFIL DEL PUESTO**

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	RED DE SALUD TAYACAJA
Denominación:	ENFERMERA (O) PARA PUESTOS DE SALUD Y/O CENTROS DE SALUD
Nombre del puesto:	ENFERMERA (O) PARA PUESTOS DE SALUD Y/O CENTROS DE SALUD
Dependencia Jerárquica Lineal:	RED DE SALUD TAYACAJA
Dependencia Jerárquica funcional:	DIRECCION REGIONAL DE SALUD - HUANCAMELICA
Código de Plaza:	LIC-01

### MISIÓN DEL PUESTO

Realizar la atención Integral de las personas en sus diferentes etapas de vida con prioridad en la etapa de vida niño a través del modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad, para el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos que se tiene como Región Huancavelica

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Realizar la administración de vacunas de acuerdo al calendario de vacunación vigente, con énfasis en los niños y niñas menores de cinco años.
2	Realizar la conservación y manipulación de los biológicos para la inmunidad de los niños vacunados
3	Realizar el control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a las normas vigentes, con énfasis en los niños menores de 5 años
4	Captar y detectar oportunamente los riesgos de desnutrición y desarrollo para luego ser recuperados.
5	Hacer que los niños reciban suplementación de multimicronutrientes y vitamina A
6	Realizar la administración Profiláctica y de tratamiento antiparasitario y seguimientos de los niños con Anemia
7	Realizar la atención integral en las etapas de vida según las normas vigentes y dar orientación, consejería en los tipos de cáncer priorizados
8	Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (Familias, Comunidades, Instituciones Educativas y Municipios Saludables).
9	Reducir la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres.
10	Realizar la implementación de la atención integral basada en familia y el buen clima organizacional de su EE.SS
11	Participar en las actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad.
12	Efectuar los registros relacionados a la atención de los pacientes y otros que competen al servicio de enfermería
13	Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación de EE.SS
14	Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR) y convenios.
15	Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales.
16	Actualizar mensualmente el padrón nominado del niño menor de 05 años y gestantes de su establecimiento asignado
17	Realizar el registro correcto de datos en los sistemas de información de salud (HIS, SIS, SIEN. Hechos vitales, SISMED, NOTI)
18	Usos correctos y conservación de los Equipos y bienes del EESS
19	Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia contrareferencia
20	Brindar asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud de su jurisdicción
21	Realizar atenciones integrales en el ámbito de su jurisdicción
22	Mantener limpio el establecimiento de salud
23	Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde
24	Coordinar y monitorear el trabajo del equipo de enfermería a su cargo, verificando que se esté efectuando de acuerdo a las guías, protocolos, normas técnicas y directivas de prácticas clínicas.
25	Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato y/o Superior, acorde a los objetivos institucionales.



**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**Coordinaciones Internas**

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

**Coordinaciones Externas**

Todas la Unidades Orgánicas.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

**A.) Formación Académica**

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

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

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Licenciado en Enfermería
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	
<input type="checkbox"/> Doctorado	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	

**C.) ¿Se requiere Colegiatura?**

Sí  No

**¿Requiere habilitación profesional?**

Sí  No

**CONOCIMIENTOS**

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

Conocimiento en antropometría, atención integral de salud basado en familia y comunidad, atención integral por etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto joven , adulto mayor) y normas técnicas nacionales de salud vigentes

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

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

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Curso de capacitación en MAIS BFC

Curso de capacitación en AIEPI clínico y comunitario

Curso de capacitación en estimulación en desarrollo

**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			
Quechua	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 GENERAL INCLUYE SERUMS

**Experiencia específica**

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

Practicante profesional     Auxiliar o Asistente     Analista / Especialista     Supervisor / Coordinado     Jefe de Área o Dpto.     Gerente o Director

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

1 AÑO DE EXPERIENCIA GENERAL (INCLUYE SERUMS)

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

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

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

1 AÑO DE EXPERIENCIA GENERAL (INCLUYE SERUMS)

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

5

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	RED DE SALUD DE TAYACAJA
Denominación:	QUIMICO FARMACEUTICO PARA CENTROS DE SALUD
Nombre del puesto:	QUIMICO FARMACEUTICO PARA CENTROS DE SALUD
Dependencia Jerárquica Lineal:	RED DE SALUD DE TAYACAJA
Dependencia Jerárquica funcional:	DIRESA-HUANCAVELICA
Puestos que supervisa:	CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD
Código de la Plaza:	QF-02

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en el campo asistencial del Químico farmacéutico, efectuando la selección, programación, dispensación y control de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de uso clínico o quirúrgico, en establecimientos de salud del primer, segundo o tercer nivel de atención.

### FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Programar y controlar la ejecución de análisis químico farmacéuticos de diversos productos de la especialidad.
- 2 Ejecutar las actividades del área de farmacia y del sistema de suministro de medicamentos y afines.
- 3 Dispensar productos farmacéuticos y afines.
- 4 Realizar preparados galénicos según la prescripción médica de acuerdo a la necesidad de los servicios de salud
- 5 Supervisar y controlar la venta y distribución y mantenimiento del stock de productos farmacéuticos dentro del ámbito de su jurisdicción.
- 6 Verificar si los productos, recursos e insumos son los indicados, evaluar la duplicidad de tratamiento, las posologías indicadas, verificar algún tipo de insuficiencia orgánica en el paciente (Atención Farmacéutica).
- 7 Realizar las encuestas de consumo de medicamentos a los pacientes continuadores que han sido evaluados, para conocer el consumo de medicamentos, con ello se debe verificar posteriormente en el aplicativo SISMEDV2 si hubo una real disminución en el consumo de estos. Luego se procederá a informar trimestralmente (Evaluación de consumo de medicamento).
- 8 Elaboración de Informes operacionales en el rubro que compete a farmacia y el informe del consumo de medicamentos, así como de las fichas de atención farmacéutica y los reportes de fármaco-vigilancia.
- 9 Controlar la conservación de medicamento y material médico quirúrgico así como sus fechas de vencimiento.
- 10 Mantener actualizado el libro de recetas, control de drogas y ocurrencias.
- 11 Promover el uso racional de medicamentos
- 12 Realizar la Farmacovigilancia.
- 13 Otras funciones complementarias inherentes a su cargo, así mismo las que establezca la Entidad.

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

Con personal de la salud de su unidad orgánica y otras unidades.

#### Coordinaciones Externas

Con DIGEMID; Laboratorios Farmacéuticos diversos para canje de medicamentos por fecha de vencimiento; establecimientos farmacéuticos privados y públicos.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

<b>A.) Formación Académica</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Incompleta</span> <span>Completa</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div>	<b>B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Egresado(a)         </div> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 40px; margin-left: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Bachiller         </div> <div style="text-align: center; margin-left: 20px;">             QUIMICO FARMACEUTICO         </div> </div>	<b>C.) ¿Se requiere Colegiatura?</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Sí         <input type="checkbox"/> No       </div>
---	---	--

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Título/ Licenciatura	
<input checked="" type="checkbox"/>	Maestría	
<input type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado
<input checked="" type="checkbox"/>	Doctorado	
<input type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado
<input checked="" type="checkbox"/>	Especialidad	
<input type="checkbox"/>	Egresado	<input type="checkbox"/> Titulado

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

## CONOCIMIENTOS

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

Conocimientos vinculados a las funciones del puesto

### 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:

Cursos de capacitación en gestión de medicamentos , de buenas practicas de almacenamiento , de seguimiento farmacoterapeutico, especialidad en farmacología hospitalaria.

### 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			
Quechua		X		
.....				

## EXPERIENCIA

### Experiencia general

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

01 año, mínimo en el sector publico incluido SERUMS

### Experiencia específica

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

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

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

01 año

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.

01 año, mínimo

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

SOLO CON CONSTANCIA DE TERMINO SERUMS.

## HABILIDADES O COMPETENCIAS

Capacidad de organizacion/ trabajo en equipo/ compromiso con el trabajo.

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	RED DE SALUD TAYACAJA
Denominación:	PSICOLOGO PARA CENTRO DE SALUD
Nombre del puesto:	PSICOLOGO PARA CENTRO DE SALUD
Dependencia Jerárquica Lineal:	RED DE SALUD TAYACAJA
Dependencia Jerárquica funcional:	DIRECCION REGIONAL DE SALUD - HUANCAMELICA
Puestos que supervisa:	CENTRO DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD
Código de la Plaza	PSICOL-03

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en el campo asistencial de la psicología a pacientes 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	Realizar la evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención psicológica, aplicando e interpretando pruebas de evaluación psicológica, para la recuperación y rehabilitación de la salud mental del paciente.
2	Realizar la administración, evaluación y control de las terapias psicológicas que se efectúan en las distintas áreas especializadas del ejercicio profesional.
3	Elaborar y aplicar guías y programas psicoterapéutico para la atención del paciente y su entorno familiar.
4	Participar en actividades desarrollo humano dirigida a lograr mejores niveles de vida y bienestar general.
5	Identificar e intervenir de manera oportuna en problemas y trastornos de salud mental.
6	Realizar el tamizaje y manejo de pacientes con problemas y trastornos de salud mental.
7	Capacitar al 100 % de personal de salud de su jurisdicción en la aplicación de la ficha de tamizaje VIF.
8	Realizar interconsultas de psicología a todos los pacientes con tratamiento de TBC – VIH/SIDA.
9	Realizar evaluación de violencia intrafamiliar en el niño y gestante
10	Garantizar el cumplimiento del paquete completo según PPR de los pacientes identificados con problemas y trastornos de salud mental.
11	Realizar talleres: Habilidades sociales en niños y adolescentes, pautas de crianzas y familias fuertes.
12	Realizar 01 capacitación al mes como mínimo al personal de salud en temas de salud mental.
13	Atender a la población afectada por violencia política.
14	Realizar la referencia y contra referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva.
15	Reducir la vulnerabilidad de las personas afectadas en situación de emergencias y desastres
16	Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (familias, comunidades, instituciones Educativas y Municipios Salu
17	Implementar y/o fortalecer la gestión de la calidad mediante la implementación de proyectos de mejora <input type="checkbox"/> Realizar visitas de seguimiento al 100% de casos de salud mental.
18	Realizar el registro de datos en los sistemas de información de salud (HIS, SIS y otros).
19	Efectivizar el buen clima organizacional de la jurisdicción de su Establecimiento de Salud.
20	Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales.
21	Manejo Adecuado de bioseguridad
22	Uso correcto y conservación de los equipos y bienes del Establecimiento de Salud.
23	Mantener limpio el Establecimiento de Salud
24	Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación de Establecimiento de Salud.
25	Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**Coordinaciones Internas**

Con personal de la salud de su unidad orgánica y otras unidades.

**Coordinaciones Externas**

Microrred de Salud, 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 o 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 o 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	PSICOLOGO / LICENCIADO EN PSICOLOGIA
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	
<input type="checkbox"/> Doctorado	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	

**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 vinculados a las funciones del puesto

**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 clima organizacional, terapia familiar/ especialización en psicología comunitaria (opcional) y otros afines al puesto

**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.

01 año, mínimo incluyendo el SERUMS

**Experiencia específica**

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

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

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

01 año

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, mínimo

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

RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL.

HABILIDADES O COMPETENCIAS
CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA
CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION
COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.



**CAPITULO II**

**ANEXOS**

ANEXO N° 01

CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

Presente.-

De mi consideración:

El suscrito....., **DECLARO BAJO JURAMENTO**, que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Apellido Paterno (*)			
Apellido Materno (*)			
Nombres (*)			
Domicilio Legal (*)			
	Dist.: (*)	Prov.: (*)	Dep.: (*)
Fecha de nacimiento (*)			
N° de DNI (*)			
N° de RUC (*)			
Teléfono Fijo			
Teléfono Móvil			
Correo electrónico			
Número de Cuenta Corriente			
Número total de folios (*)			

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 02**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES**

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N°  
....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como postulante de la  
Contratación Administrativa de Servicios, declaro bajo juramento:

- Que cumpliré con las prestaciones a mi cargo relacionadas al objeto de la contratación.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 03**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO**

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-**  
**CAS-UERST**  
Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N°  
....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como postulante de la  
Contratación Administrativa de Servicios, declaro bajo juramento:

- Que no me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
- Que no me encuentro impedido para ser postulante o contratista

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 04**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION**

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-**  
**CAS-UERST**  
Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N°  
....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como postulante de la  
Contratación Administrativa de Servicios, declaro bajo juramento:

- Que no me encuentro inmerso dentro de la incompatibilidad de ingresos establecido en el artículo N° 7 del Decreto de Urgencia N° 020-2006 “Normas de Austeridad y Racionalidad en el Gasto Público”, el cual precisa que en el Sector Público no se podrá percibir simultáneamente remuneración y pensión, incluidos honorarios por servicios no personales, asesorías o consultorías, salvo por función docente y la percepción de dietas por participación de uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas, el cual se encuentra concordante con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley N° 28175 - Ley Marco del Empleo Público.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 05**

**LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO**

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-  
CAS-UERST**

Presente.-

De mi consideración:

YO;....., Declaro bajo juramento que no me une parentesco alguno hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con persona que a la fecha viene prestando servicios al Gobierno Regional de Huancavelica, bajo cualquier vinculación laboral o contractual que tengan la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público o que tenga injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome de no ser así a las correspondientes acciones administrativas y de ley.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento que en el Gobierno Regional de Huancavelica presta servicios la (s) persona (s) cuyo (s) apellido (s) indico, a quien o quienes me une la relación o vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) y unión de hecho (UH), señalados a continuación:

Item	Relación	Apellidos y nombres	Oficina donde presta servicios
1			
2			
3			

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

ANEXO N° 06

CARTA DE PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIA EN EL OBJETO DE LA CONTRATACION

Señores

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N° ....., con RUC N° ....., domiciliado en ....., que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST, presento la relación de los servicios en el objeto de la contratación realizados por mi persona:

N°	Nombre del objeto de la prestación	Fecha de Inicio / Término de la prestación	PERIODO Meses y/o años	N° de FOLIO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Huancavelica,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**NOTA 1:** Aquellas propuestas que no consignen los datos pedidos en el cuadro, no serán tomados en cuenta.

**NOTA 2:** En caso de comprobarse falsedad alguna a los datos consignados me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal, tipificado como delito contra la fe pública en general.

**ANEXO N° 07**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIA EN CAPACITACIONES**

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-  
CAS-UERST**

Presente.-  
De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N°  
....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como postulante de la  
Contratación de Personal **CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-  
2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**, presento la relación de la experiencia en  
capacitación en el objeto de la contratación realizados por mi persona:

N°	NOMBRE DE LA EXPERIENCIA EN CAPACITACIÓN	FECHA	DURACION	N° DE FOLIO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante



**ANEXO N° 08**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-  
CAS-UERST**  
Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N°  
....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como postulante de  
la **Contratación Administrativa de Servicios**, declaro bajo juramento: **NO TENER DEUDAS POR  
CONCEPTO DE ALIMENTOS**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o  
ejecutorias o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener  
adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción en el  
REDAM.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 09**

**DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA**

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-  
CAS-UERST**  
Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N°  
....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como postulante de  
la **Contratación Administrativa de Servicios**, declaro bajo juramento:

- Que todo el currículum vitae presentado a la convocatoria es copia fiel de la documentación original.
- En caso de comprobarse falsedad alguna a los datos consignados me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal, tipificado como delito contra la fe pública en general.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 10**

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

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N°  
....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como postulante de  
la **Contratación Administrativa de Servicios**, declaro bajo juramento:

- Que no registro antecedentes judiciales.
- Que no registro antecedentes policiales.
- Que no registro antecedentes penales.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 11**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER SANCION POR FALTA ADMINISTRATIVA**

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 006-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI N°  
....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como postulante de  
la **Contratación Administrativa de Servicios**, declaro bajo juramento no tener sanción por falta  
administrativa.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante