



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO

CONVOCATORIA MODALIDAD LOCACION DE SERVICIO PARA EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN DEL HR - MNB - PUNO

N°	DESCRIPCION	SE REQUIERE	CANTIDAD
1	Terapia de Lenguaje	01 Psicólogo y/o Lic. Tecnólogo Medico	01

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
Publicación en la página web del Hospital Regional Manuel Núñez Butron Puno.	04/07/2024	Comité de selección de personal
Presentación de expedientes	Del 04/07/2024 al 08/07/2024 hasta las 13:00hrs.	Interesado
Evaluación de expedientes	09/07/2024 11:00 a.m.	Comité de selección de personal
Otorgamiento de la buena pro (Publicación de resultados).	09/07/2024	Comité de selección de personal
Inicio de actividades	10/07/2024	DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

- **Nota:** La presentación documentos será de acuerdo a los términos de referencia en trámite documentario de la entidad / los interesados en la convocatoria deben de adjuntar los formatos adjuntos al presente de manera obligatoria.

HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO
CUERPO MEDICO
Lic. YOLANDA BEJAR ALEJO
COORDINADORA PP 0129

Lic. Yolanda Bejar Alejo
CEP 056
COORDINADORA PP 0129

ASESORIA
Lic. Dante Anibal Jara Zubietta
CEP 2123
OFICINA DE ASISTENCIA LEGAL
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

Dr. Laz R. Camp Pineda
CUP 60320-RNE 47831
SUB DIRECTORA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
Lic. Dina Laura Huanca
CUP 60320-RNE 47831
SUB DIRECTORA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO
MAT. 63922



"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

TERMINOS DE REFERENCIA

- CARGO: PSICOLOGA Y/O TECNOLOGO MEDICO MENCION EN TERAPIA DE LENGUAJE

PERFIL DEL PUESTO:

REQUISITOS ESPECIFICOS	DETALLE
FORMACION ACADEMICA, GRADO Y/O NIVEL DE ESTUDIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Acreditar copia simple del Título profesional universitario Psicóloga y/o Tecnólogo Medico con mención en Terapia de Lenguaje (Indispensable). - Acreditar copia simple de Resolución del SERUMS correspondiente a la profesión (indispensable). - Acreditar copia simple de habilitación profesional vigente a la fecha de inscripción (indispensable)
EXPERIENCIA LABORAL	<p>EXPERIENCIA GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acreditar experiencia laboral mínima de 02 años en el desempeño de funciones afines al puesto con posterioridad al título profesional, incluyendo el SERUMS. <p>EXPERIENCIA ESPECIFICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acreditar experiencia laboral mínima de 01 año en el desempeño de funciones afines al puesto en el ámbito asistencial, con posterioridad al título profesional, excluyendo el SERUMS. <p>De preferencia la experiencia debe haber sido desarrollada en entidades de salud.</p>
COMPETENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación a resultados, vocación de servicio, trabajo en equipo, responsabilidad, comunicación efectiva, reacción ante los problemas y solución de los mismos, principio y valores. - Poder lidiar con el trabajo a presión.
CAPACITACION	<ul style="list-style-type: none"> - Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional afines al puesto convocado realizados a partir de 2019
CONOCIMIENTOS COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento a nivel básico de Ofimática (Word, Excel, Power Point, internet).
DESEABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de la NTS N° 079 – MINSA/GDSP-INR.V.01
REMUNERACION MENSUAL	<ul style="list-style-type: none"> - S/. 900





"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN TERAPIA DE LENGUAJE

- Realizar atención en el servicio, para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a través de terapia del lenguaje a niños y adultos con dificultad del habla, lenguaje y/o comunicación, con trastornos mentales y problemas psicosociales.
- Efectuar acciones de exámenes de enfermedades y secuelas de discapacidad en las especialidades de terapia de lenguaje.
- Cumplir las metas programadas en el plan operativo del departamento de Medicina Física y Rehabilitación.
- Seguimiento y verificación de registros de FUAS, HIS y presentación de informes mensuales.
- Elaborar y presentar oportunamente el informe de terapia o documentos solicitados por el jefe inmediato en la especialidad de su competencia.



[Signature]
CPC. Tulliana Laura Huanca
JEFE UNIDAD DE ABASTECIMIENTO
HOSPITAL REGIONAL "MNR" - PUNO
MAT. 03822



[Signature]
Abog. Dante Anibal Jara Zubieta
C/ 2123
OFICINA LEGAL
HOSP. REGIONAL PUNO



[Signature]
Lic. Yolanda Dejar Alejo
CEP-2 056
COORDINADORA PP 0129



[Signature]
Dra. Liz K. Cano Pineda
CMP 60320-RNE 47631
SUB DIRECTORA
HOSPITAL REGIONAL "MNR" - PUNO



FORMATO N° 01

DECLARACION JURADA

Por el presente documento yo.....Identificada (o) con DNI N°....., domiciliada (o) ante usted me presento y digo.

DECLARO BAJO JURAMENTO

[Signature]
 Dra. Lizy Cano Medina
 CIP 47856
 SUJ. DIRECTORA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO

✓ No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Publica o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos, las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en tribunales administrativos o en otros órganos colegiados.

✓ No tener impedimento de contratar con el estado.

✓ No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al estado en los casos de: Inhabilitación vigente para prestar servicios al estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles – RNSSC, Inhabilitación Administrativa y judicial vigente con el estado, impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia, e inhabilitación o sanción del colegio profesional de ser el caso.

✓ No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.

✓ No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.

✓ No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad y observar las disposiciones anticorrupción que forman parte del contrato.

✓ Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor, a la dirección electrónica señalada.

[Signature]
 Lic. Yohanna Rojas Azejo
 CEP 2 056
 COORDINADORA PP 0129

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

[Signature]
 Dra. Dianne Anibal Lara
 CIP 47856
 SUJ. DIRECTORA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO

Nombre y Apellidos:
 DNI:

Puno,..... de del 2024

[Signature]
 Dra. Yohana
 CIP 47856
 SUJ. DIRECTORA
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO



FORMATO N° 02

DECLARACION JURADA DE DISPONIBILIDAD INMEDIATA

Por el presente documento yo.....Identificada (o) con DNI N°....., domiciliada (o) ante usted me presento y digo.

Que, declaro bajo juramento tener la DISPONIBILIDAD INMEDIATA.

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

Nombre y Apellidos:
DNI:

Puno,..... de del 2024

Handwritten signature and stamp of Lic. Yvonne J. J. RIVERA

Handwritten signature and stamp of Lic. Yvonne J. J. RIVERA, COORDINADORA PP 01739

Handwritten signature and stamp of ASSESORIA

Handwritten signature and stamp of MINISTERIO DE SALUD

Handwritten signature and stamp of Lic. Liza L. Campa Príncipe, SUJE D. DIRECTORA Hospital Regional "MNB" PUNO



FORMATO N° 03

CARTA AUTORIZACIÓN CCI

(Para el pago con abonos en la cuenta bancaria del proveedor)

Puno, dedel 2024

Señores

Unidad de Abastecimiento

Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno.

Presente.-

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número del Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa y/o persona natural a la cual represento es el (.....), y siendo el titular con DNI N °

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco.....

Asimismo, dejo constancia que la factura, boleta y/o Recibo por Honorarios a ser emitida por el suscrito (o mi representada) una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

Nota: EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO UNICAMENTE CON EL RUC

Handwritten signature and stamp of the Hospital Regional Puno

Stamp of Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno and signature of Dr. Humberto Quispe Zea

Stamp of the Regional Government of Puno and signature of Lic. Yolanda Rojas Alayo

Stamp of the Regional Government of Puno and signature of Dr. Daniel Anibal Paz Zubieta

Stamp of the Regional Government of Puno and signature of the Director General



FORMATO N° 04

DECLARACION JURADA SOBRE VINCULACION CON ALGUN(OS) FUNCIONARIO(S) O SERVIDOR(ES) DEL HOSPITAL REGIONAL MNB - PUNO

Por el presente documento yo Identificada (o) con DNI N°, domiciliada (o) En.....; al amparo de lo dispuesto por los artículos 48° y 49° del Texto Unico Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos.

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

Entre mi persona y algún(os) funcionario(s) o servidor(es) de la HOSPITAL REGIONAL MNB - PUNO

- 1.- Existe Vinculacion ()
2.- No existe Vinculacion ()

En caso de haber marcado la alternativa numero uno (1), detallar en los casos por los cuales se configura la vinculación. Posteriormente, indicar en las líneas siguientes la oficina en la que prestan servicios sus parientes.

Table with 2 columns: 'Marcar con equis o aspa' and 'Casos de Vinculación'. It lists categories of kinship such as consanguinity and affinity, followed by a section for specifying details.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Puno,..... de del 2024

Nombre y Apellidos:
DNI:

Handwritten signature and stamp of Dr. Liz K. Cano Pineda, Sub-Director of the Hospital Regional MNB - Puno.

Handwritten signature and stamp of Dr. Humberto Quiñe Zúñiga, Médico General, Hospital Regional MNB - Puno.

Handwritten signature and stamp of Lic. Yolanda B. Alajo, Coordinadora PP 013.

Handwritten signature and stamp of Lic. D. Jaime Anibal Jara Zúñiga, Médico General, Hospital Regional MNB - Puno.

Handwritten signature and stamp of Lic. Hugo J. Torres, Médico General, Hospital Regional MNB - Puno.