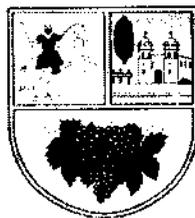


Municipalidad de  
Santiago de Surco



# SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

---

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

---





## Índice

	Pág.
A. Introducción.....	2
B. Datos Generales.....	2
1. Objetivo.....	2
2. Alcance.....	2
3. Base Legal.....	2
4. Aprobación y Actualización.....	3
C. Procedimientos.....	4
1. Planificación y Ejecución de Actividades de Salud Promocional, Preventiva y Recuperativa y de Difusión de la Salud Pública.....	4
2. Control Higiénico, Sanitarios de Establecimientos Comerciales de Alimentos, Aguas Recreacionales y de Tanques Cisternas.....	10
3. Atención de Servicio de Análisis Bromatológico de Alimentos, Agua y Superficie .....	26
4. Registro de Canes.....	33
5. Atención de Servicio de Vacunación de Can .....	47
6. Servicio de Desparasitación de Can .....	55
7. Atención de Servicio de Consulta Veterinaria .....	62
8. Control de Zoonosis.....	70
9. Planificación y desarrollo de los talleres productivos y ocupacionales	78
10. Capacitación a las personas que manipulan los alimentos en comedores populares	84
11. Compra de insumos para la preparación de alimentos en los COMVO	88
12. Compra de insumos para el programa de Vaso de Leche	91
13. Evaluación de buscadores de empleo	94
14. Colocación laboral de buscadores de empleo	101
15. Registro de empresas	109
16. Planificación de talleres de asesoría y capacitación (Surco Laborando)	114
17. Registro y carnetización a los adultos mayores	118
18. Informe Social del programa de adulto mayor	123
19. Atención de los casos sociales en la Defensoría Municipal del adulto mayor	129
20. Planificación y realización de talleres ocupacionales de microemprendimiento para las personas adultas mayores	142
21. Exposición y venta de productos en las ferias	146
22. Atención de casos en DEMUNA	149





## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### A. Introducción

El presente Manual de Procedimientos (MAPRO) contiene en forma ordenada, las acciones que se siguen en la ejecución de los procesos generados para el cumplimiento de las funciones y guarda coherencia con la normatividad que regula el funcionamiento de la Municipalidad.

El MAPRO, identifica los puestos de trabajo y áreas que intervienen en cada procedimiento, precisando sus responsabilidades y participación. Asimismo incluye modelos de los formatos utilizados en cada procedimiento,

El MAPRO esta elaborado conforme a lo dispuesto en la Directiva N° 002-77-INAP/DNR – Normas para la formulación de los Manuales de Procedimientos de las entidades de la administración pública, aprobada por Resolución Jefatural N° 059-77-INAP/DNR.

### B. Datos Generales

#### 1. Objetivo

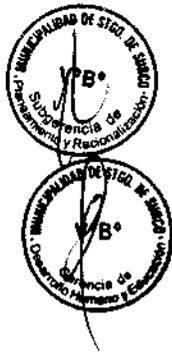
El Manual de Procedimientos (MAPRO) tiene por objetivo formalizar los procedimientos relacionados con el cumplimiento de las funciones asignadas.

#### 2. Alcance

El ámbito de aplicación del presente MAPRO comprende a la Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades.

#### 3. Base Legal

- a) Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- b) Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y sus modificatorias.
- c) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.
- d) Cuadro para la Asignación de Personal (CAP) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 325 -MSS.
- e) Ordenanza N° 179-MSS, Que regula la tenencia, protección y Control de Canes en el distrito de Santiago de Surco, especialmente aquellos considerados potencialmente peligrosos.
- f) Tarifario de servicios de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Resolución de Alcaldía 363-2008-RASS.
- g) Ley N° 26842, Ley General de Salud.





- h) Ley N° 27596, Ley que regula el Régimen Jurídico de Canes.
- i) Ley N° 27265, Ley Peruana de Protección a los Animales Domésticos y a los Animales Silvestres mantenidos en Cautiverio.
- j) Decreto Supremo N° 007-98-SA. Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas.
- k) Reglamento Sanitario de Funcionamiento de Mercados de Abastos. Anexo - R.M. N° 282-2003-SA/DM.
- l) Reglamento Sanitario de Funcionamiento de Autoservicios de Alimentos y Bebidas. Anexo - R.M. N° 1653-2002-SA/DM.
- m) Decreto Legislativo N° 1062, Ley de. Inocuidad de los Alimentos.
- n) R.M. 981-2006/MINSA. NTS N° 052 – MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Rabia Humana en el Perú.

#### 4. Aprobación y Actualización

El MAPRO será aprobado por Resolución de Gerencia Municipal, con la opinión técnica favorable de la Subgerencia de Planeamiento y Racionalización.

En caso se modifique, por lo menos, un procedimiento contenido en el MAPRO, el funcionario responsable será el encargado de actualizar el instrumento normativo con el asesoramiento de la Subgerencia de Planeamiento y Racionalización.





## C. Procedimientos

### 1. Denominación:

**PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PROMOCIONAL, PREVENTIVA Y RECUPERATIVA Y DE DIFUSIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.**

#### 1.1. Código:

**P-01-SGSBDC**

#### 1.2. Finalidad:

Promover la participación de la comunidad de manera organizada para la protección de la salud, mediante el desarrollo de actividades de salud promocional, preventiva y recuperativa así como de difusión de la salud pública

#### 1.3. Base legal:

- a) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.

#### 1.4. Requisitos:

- a) Plan de actividades de salud promocional, preventiva y recuperativa y de difusión de la salud pública.





### 1.5. Descripción: P-01-SGSBDC

#### SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

Cargo: ENFERMERA

**Paso 1.** Verifica requerimiento de Actividades de salud.  
- Solicitud de vecinos.  
- Solicitud de programas municipales  
- Programadas por la SGSBDC (Subgerencia de Salud, bienestar Social y Desarrollo de Capacidades)  
- Campañas Integrales programadas por la GDHE (Desarrollo Humano y Educación)  
**(Tiempo: 15 minutos).**

**Paso 2.** Evalúa servicios a brindar según la zona donde se realizará actividad.  
**(Tiempo: 30 minutos).**

**Paso 3.** Evalúa servicios a brindar según la zona.  
**(Tiempo: 60 minutos).**

**Paso 4.** Elige actividad a realizar.  
- Charlas  
- Campañas  
**(Tiempo: 30 minutos).**



**Paso 5.** Elige servicios a brindar / temas a tratar.  
**(Tiempo: 60 minutos).**

**Paso 6.** Elabora programación mensual.  
**(Tiempo: 30 minutos).**



Cargo: SUBGERENTE

**Paso 7.** Revisa programación realizada  
**(Tiempo: 60 minutos).**

**¿Programación conforme?**

**Sí = Paso 10**

**No = Paso 8**



**Paso 8.** Indica observaciones.  
**(Tiempo: 30 minutos).**

Cargo: ENFERMERA

**Paso 9.** Subsana observaciones. Continúa paso 7.  
**(Tiempo: 30 minutos).**





Cargo: SUBGERENTE

**Paso 10.** Da V°B° a actividades programadas.  
(Tiempo: 2 minutos).

Cargo: ENFERMERA

**Paso 11.** Busca entidad externa para participación en actividad. Según tema o servicio a brindar  
(Tiempo: 60 minutos).

**Paso 12.** Elabora carta de invitación para entidades externas.  
(Tiempo: 20 minutos).

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 13.** Firma carta de invitación para entidades externas.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 14.** Dispone envío.  
(Tiempo: 1 minuto).

Cargo: ENFERMERA

**Paso 15.** Espera respuesta

¿Entidad externa acepta invitación?  
Si = ¿Entidad externa tiene condiciones para participación?

Si = Paso 16

No = 17

No = Paso 11

**Paso 16.** Coordina cumplimiento de condiciones de entidad externa.  
(Tiempo: 60 minutos).

**Paso 17.** Busca / visita local donde se realizará actividad.  
(Tiempo: 30 minutos).

**Paso 18.** Verifica infraestructura  
(Tiempo: 30 minutos).

¿Local es adecuado?

Si = Paso 20

No = Paso 19

**Paso 19.** Solicita cambios para local. Continúa paso 17.  
(Tiempo: 20 minutos).

**Paso 20.** Prepara material de difusión.  
(Tiempo: 1 día).

**Paso 21.** Prepara material necesario para ejecución de actividad.





**(Tiempo: 1 día).**

**Paso 22.** Espera fecha de actividad.

**Paso 23.** Coordina instalaciones de servicios para iniciar actividad.  
**(Tiempo: 30 minutos).**

**Paso 24.** Ejecución de Actividad.  
**(Tiempo: 8 horas).**

**Paso 25.** Recoge "Hoja de Control de paciente" de cada servicio brindado.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 26.** Elabora reporte de atenciones por servicio brindado.  
**(Tiempo: 60 minutos).**

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 27.** Revisa reporte.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 28.** Informa a Gerencia resultado de campaña realizada.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

#### 1.6. Tiempo total estimado

**3 días, 3 horas y 23 minutos**

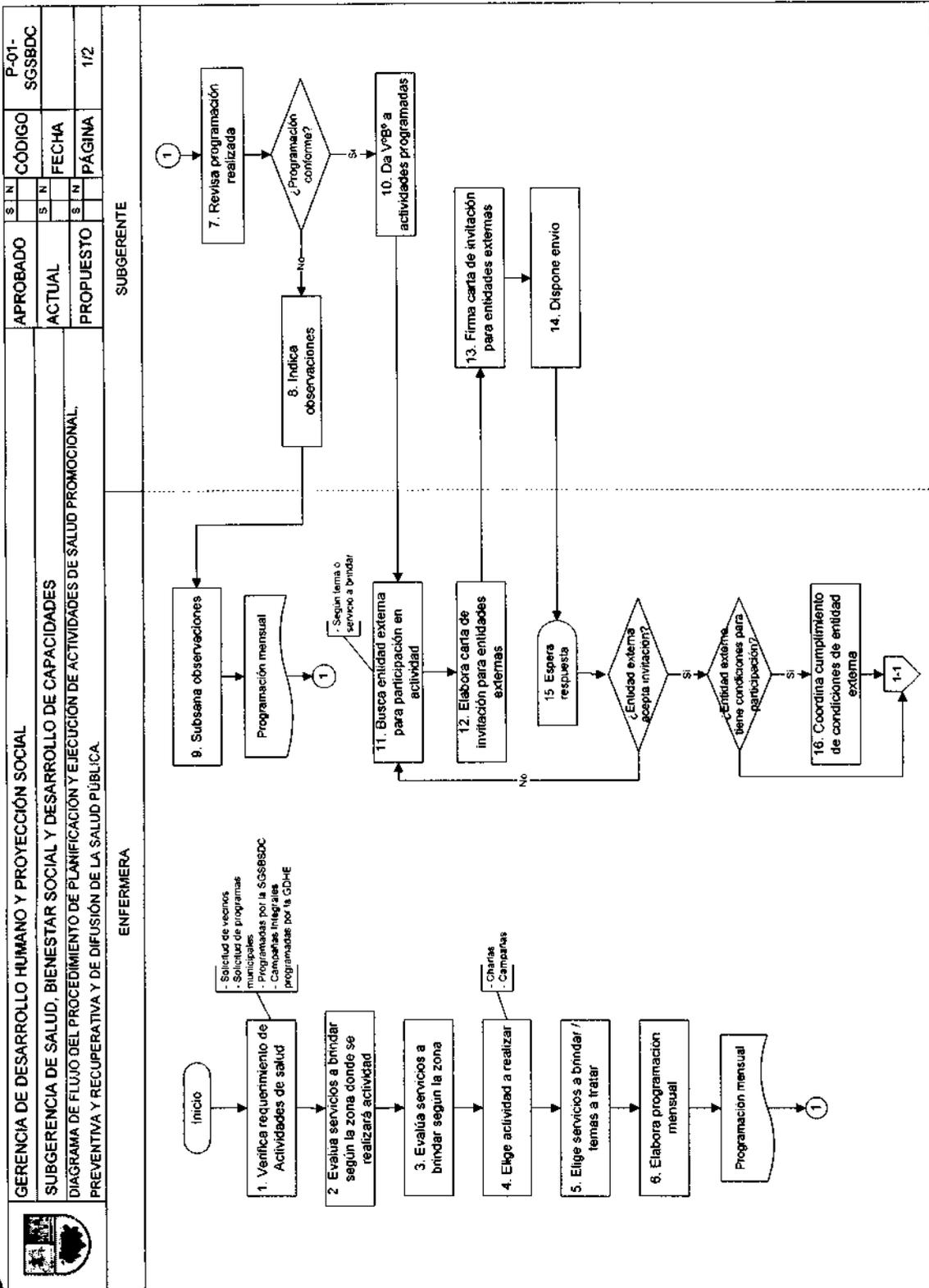
#### 1.7. Anexos

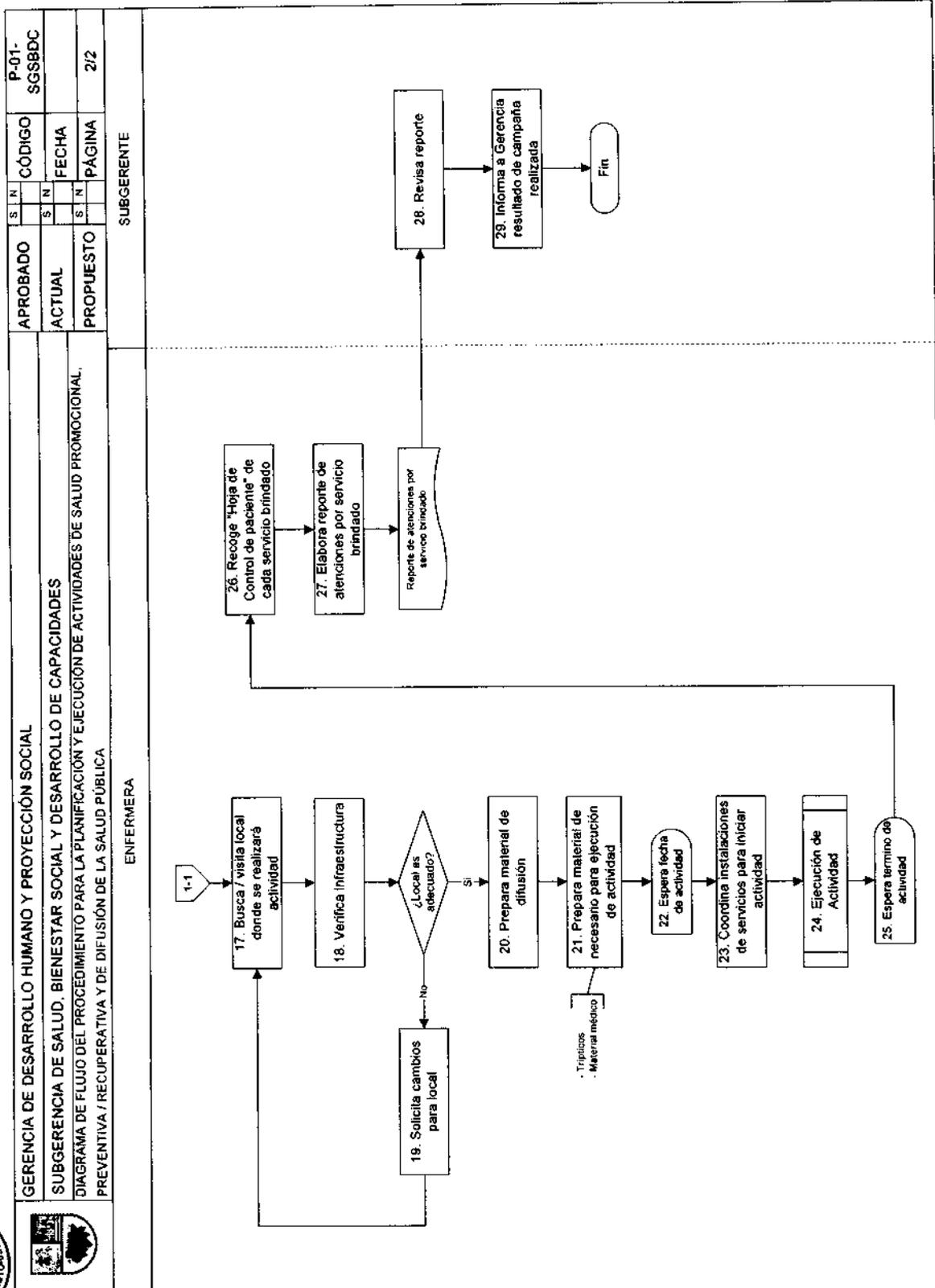
a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**





Anexo 1: Diagrama de Flujo







## 2. Denominación:

### CONTROL HIGIENICO SANITARIOS DE ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES DE ALIMENTOS, AGUAS RECREACIONALES, RESERVORIOS DE AGUA Y DE OTROS SERVICIOS.

#### 2.1. Código:

**P-02-SGSBDC**

#### 2.2. Finalidad:

Salvaguardar el derecho que tiene todo miembro de la comunidad a la protección de su salud supervisando y controlando la higiene y salubridad de los lugares de uso público.

#### 2.3. Base legal:

- a) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.
- b) Tarifario de Servicios de la Municipalidad de Surco, aprobado por Resolución de Alcaldía 363-2008-RASS.
- c) Reglamento sanitario de Funcionamiento de Mercados de abasto. Anexo-Resolución Ministerial N° 282-2003-SA/DM.
- d) Norma sanitaria para el Funcionamiento de Restaurantes y Servicios Afines. Resolución Ministerial N° 363-2005/MINSA.
- e) Reglamento Sanitario de Piscinas. Decreto Supremo N° 007-2003-SA.
- f) Reglamento Sanitario de Kioscos Escolares. Decreto Supremo N° 026-87-SA.
- g) Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas. Decreto Supremo N° 007-98-SA.
- h) Norma Sanitaria para los trabajos de desinsectación, desratización, desinfección, limpieza y desinfección de reservorios de agua, limpieza de ambientes y limpieza de tanques sépticos.
- i) Reglamento sanitario de funcionamiento de autoservicios de alimentos y bebidas. Anexo-Resolución Ministerial N° 1653-2002-SA/DM.
- j) Reglamento Sanitario para las actividades de saneamiento ambiental en viviendas y establecimiento comerciales industriales y de servicios.
- k) Ordenanza sobre sistema metropolitano de supervisión y control de alimentos y bebidas de consumo humano. Ordenanza N° 550.
- l) Norma Sanitaria que establece los criterios microbiológicos de calidad sanitaria e inocuidad para los alimentos y bebidas de consumo humano. Resolución Ministerial N° 591-2008/MINSA.
- m) Decreto Legislativo N° 1062, Ley de. Inocuidad de los Alimentos.

#### 2.4. Requisitos:

- a) Requerimiento de control de higiene y salubridad:
  - Documentos internos
  - Quejas (vía telefónica / documentos, expedientes, email)
  - Programación (Control de oficio)



- b) Requisitos de Análisis de Laboratorio Bromatológico  
- Pago por servicios solicitados.

## 2.5. Descripción: P-02-SGSBDC

### SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

- Paso 1.** Verifica requerimiento de control de higiene y salubridad.  
- Documentos internos  
- Quejas (vía telefónica / documentos, expedientes, email)  
- Programación (Control de oficio)  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 2.** Asigna al Inspector y coordina con la SGF. **(Tiempo: 5 minutos).**

- Paso 3.** Registra inspección a realizar en formato de "Establecimientos a inspeccionar".  
**(Tiempo: 2 minutos).**

Cargo: INSPECTOR

- Paso 4.** Prepara documentos para la inspección y Material de Muestreo.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

- Paso 5.** Entrevista a administrador o encargado de local.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

- Paso 6.** Verifica condiciones higiénicas de local y del personal.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

- Paso 7.** Llena ficha de inspección sanitaria.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**¿Requiere tomar muestra?**

**Si = Paso 8**

**No = ¿Existen infracciones?**

**Si = Paso 11**

**No = Paso 13**

- Paso 8.** Toma muestra y contramuestra para administrador.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

- Paso 9.** Llena boleta de muestreo.  
**(Tiempo: 3 minutos).**

- Paso 10.** Firma boleta de muestreo y Pasar al **Paso 11.**  
**(Tiempo: 2 minutos).**





**Paso 11.** Comunica a la Subgerencia de Fiscalización para que imponga la papeleta de Infracción.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 12.** Completa información en ficha de inspección sanitaria.  
**(Tiempo: 2 minutos).**

**Paso 13.** Verifica resultado de inspección.  
**(Tiempo: 2 minutos).**

**¿Resultado es positivo?**

**Si = Paso 15**

**No = ¿Se tomo muestra en la inspección?**

**Si = Paso 16**

**No = Paso 18**

**Cargo:** ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 14.** Verifica resultado de inspección.  
**(Tiempo: 3 minutos).**

**Paso 15.** Elabora informe de inspección realizada y entrega. **Continúa paso 54.**  
**(Tiempo: 15 minutos).**

**Cargo:** INSPECTOR

**Paso 16.** Se remite muestra (s) al Laboratorio y se Elabora análisis de la muestra.  
**(Tiempo: 15 minutos).**

**Paso 17.** Registra resultado en "Registro de Muestra".  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 18.** Entrega Ficha de Inspección a Encargado de Laboratorio Bromatológico.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Cargo:** ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 19.** Verifica resultado de inspección  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**¿Existe resultado de análisis de muestra?**

**Si = Paso 20**

**No = ¿Tiene infracción?**

**Si = Espera descargo de la Subgerencia de Fiscalización.**

**No = FIN DE PROCEDIMIENTO**

**Paso 20.** Elabora y firma informe de ensayo.  
**(Tiempo: 4 minutos).**

**¿Resultado de análisis es apto?**

**Si = Paso 21**

**No = Paso 22**





**Paso 21.** Archiva informe de ensayo.  
**FIN DE PROCEDIMIENTO**  
**(Tiempo: 5 minutos).**

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 22.** Revisa informe de ensayo.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

**¿Informe de ensayo conforme?**

**Si = Paso 25**

**No = Paso 23**

**Paso 23.** Indica observaciones.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 24.** Subsana observaciones. **Continúa paso 22.**  
**(Tiempo: 5 minutos).**

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 25.** Da V<sup>o</sup>B<sup>o</sup> a informe de ensayo  
**(Tiempo: 2 minutos).**

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 26.** Informa a la Subgerencia de Fiscalización y espera a que llegue el descargo.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

Espera que la Subgerencia de Fiscalización remita el descargo que presento el Administrado después de ser notificado.

**¿Se recibió el Descargo de la Subgerencia de Fiscalización?**

**Si = Paso 28**

**No = Paso 27**

**Paso 27.** Elabora Memorandum solicitando a la Subgerencia de Fiscalización el Descargo. **Continúa paso 46.**  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 28.** Registra descargo.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 29.** Verifica descargo.  
**(Tiempo: 3 minutos).**

**¿Requiere nueva inspección o nuevo análisis de muestra?**

**Si = Paso 30**

**No = ¿Descargo fundado?**

**Si = Paso 43**

**No = Paso 46**



Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 30.** Asigna a inspector.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 31.** Registra inspección a realizar en formato de "Establecimientos a inspeccionar".  
(Tiempo: 2 minutos).

Cargo: INSPECTOR

**Paso 32.** Prepara documentos para inspección.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 33.** Entrevista a administrador o encargado de local.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 34.** Verifica subsanación de infracciones detectadas en 1ra inspección sanitaria.  
(Tiempo: 10 minutos).

**¿Requiere tomar muestra?**

**Si = Paso 35**

**No = Paso 38**

**Paso 35.** Toma muestra y contramuestra para administrador.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 36.** Llena boleta de muestreo.  
(Tiempo: 3 minutos).

**Paso 37.** Hace firmar boleta de muestreo.  
(Tiempo: 2 minutos).

**Paso 38.** Llena ficha de inspección sanitaria.  
(Tiempo: 2 minutos).

**Paso 39.** Verifica resultado de inspección.  
(Tiempo: 5 minutos).

**¿Subsano infracciones?**

**Si = Paso 42**

**No = ¿Se tomo nueva muestra?**

**Si = paso 40**

**No = Paso 42**

**Paso 40.** Se remite muestra (s) al laboratorio y se elabora análisis de la muestra.  
(Tiempo: 15 minutos).

**Paso 41.** Registra resultado en "Registro de Muestra".  
(Tiempo: 5 minutos).





Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 42.** Verifica resultado de inspección.  
(Tiempo: 2 minutos).

**¿Subsanó infracciones?**

**Si = Paso 43**

**No = ¿Subsano parcialmente infracciones?**

**Si = Paso 45**

**No = Paso 44**

**Paso 43.** Elabora Memorandum para la Subgerencia de Fiscalización comunicando la subsanación de las Infracciones.  
(Tiempo: 15 minutos).

**Paso 44.** Elabora Memorandum para la Subgerencia de Fiscalización comunicando la no subsanación de las Infracciones.  
(Tiempo: 15 minutos).

**Paso 45.** Elabora Memorandum para la Subgerencia de Fiscalización comunicando la subsanación parcial de las Infracciones.  
(Tiempo: 15 minutos).

**Paso 46.** Remite el Memorandum al Subgerente de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades para su revisión y firma.  
(Tiempo: 10 minutos).

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 47.** Revisa documentación.  
(Tiempo: 15 minutos).

**¿Documentación conforme?**

**Si = Paso 49**

**No = Paso 48**

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 48.** Subsana observaciones. **Continúa paso 47.**  
(Tiempo: 7 minutos).

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 49.** Firma memorándum.  
(Tiempo: 2 minutos).

**Paso 50.** Dispone entrega o archivo de documentación según corresponda.  
(Tiempo: 2 minutos).

Cargo: SECRETARIA

**¿Se requiere actualizar SISDOC?**

**Si = Paso 51**

**No = Paso 53**





**Paso 51.** Actualiza información en Sistema de Trámite Documentario.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 52.** Deriva documentación según corresponda.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 53.** Entrega o archiva documentación según corresponda.  
**(Tiempo: 10 minutos).**  
FIN DE PROCEDIMIENTO

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 54.** Verifica resultado de inspección.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 55.** Prepara informe para subgerencia de Salud, Bienestar Social y  
Desarrollo de Capacidades.  
**(Tiempo: 30 minutos).**  
FIN DE PROCEDIMIENTO

## 2.6. Tiempo total estimado

6 horas y 15 minutos.

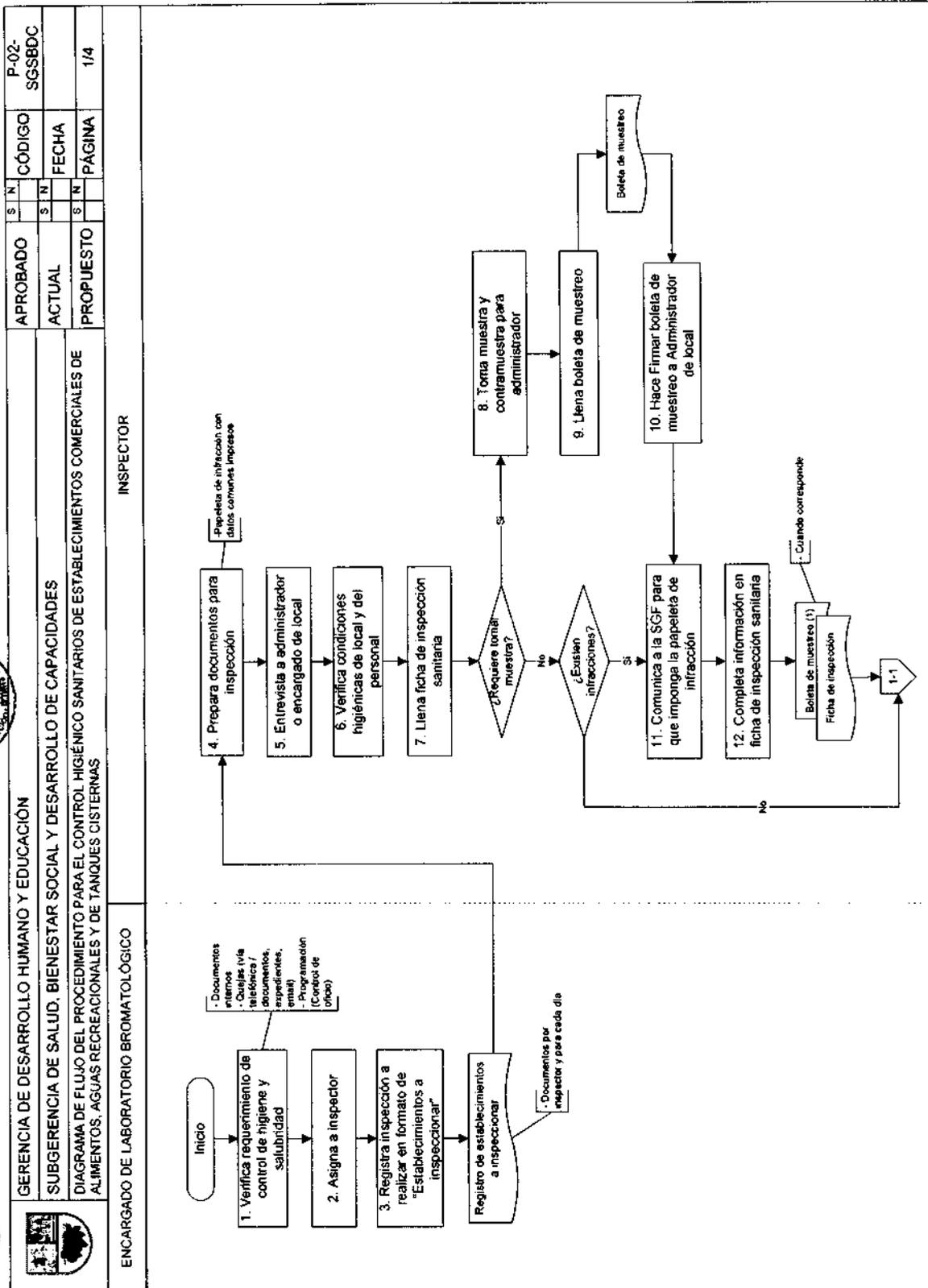
## 2.7. Anexos

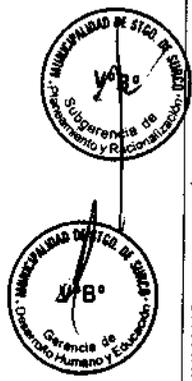
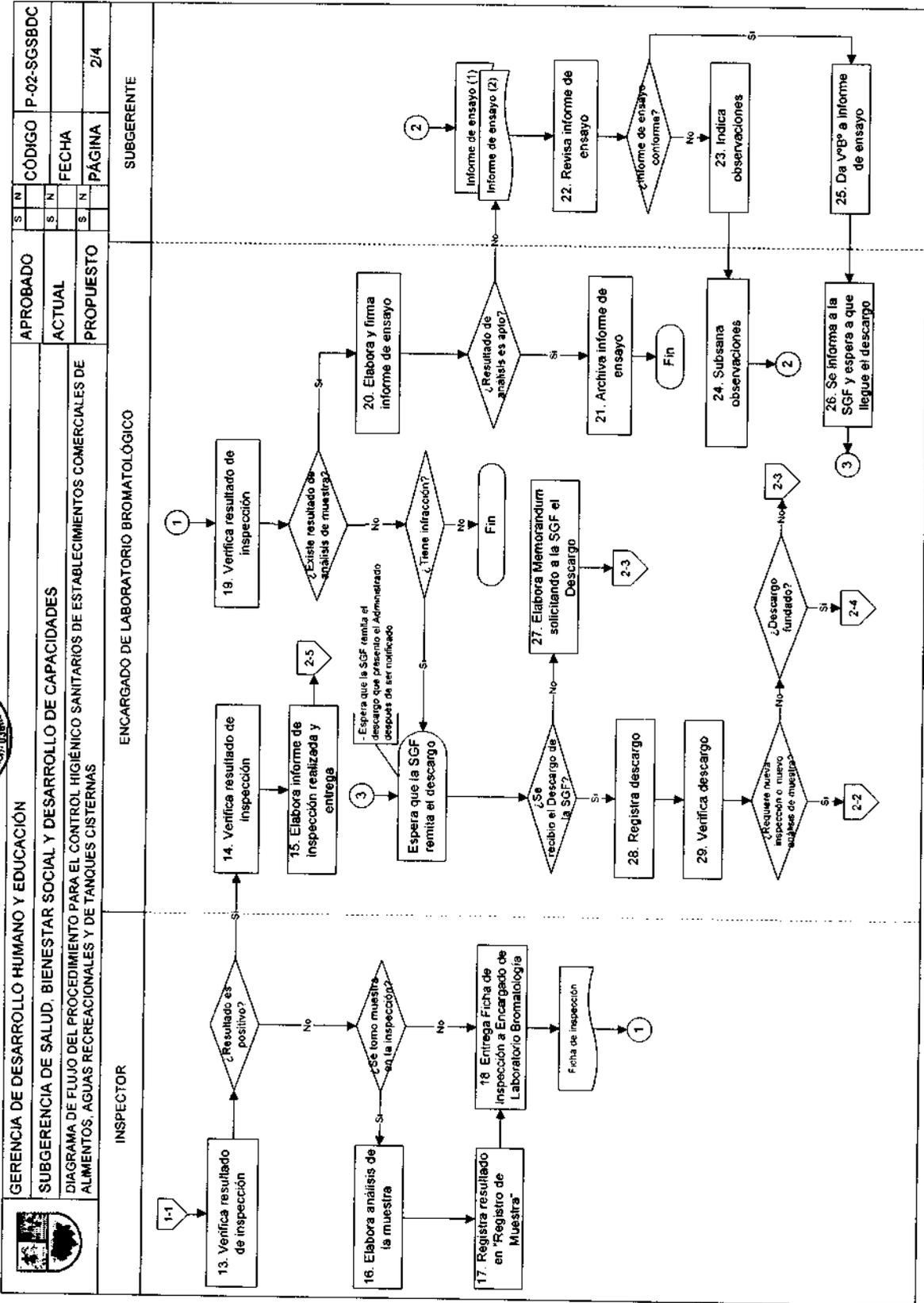
- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Establecimientos a inspeccionar**
- c) Anexo 3: **Formato de Ficha de Inspección**
- d) Anexo 4: **Formato de Boleta de Muestreo**
- e) Anexo 5: **Formato de Informe de Ensayo**
- f) Anexo 6: **Formato de Registro de Muestra**

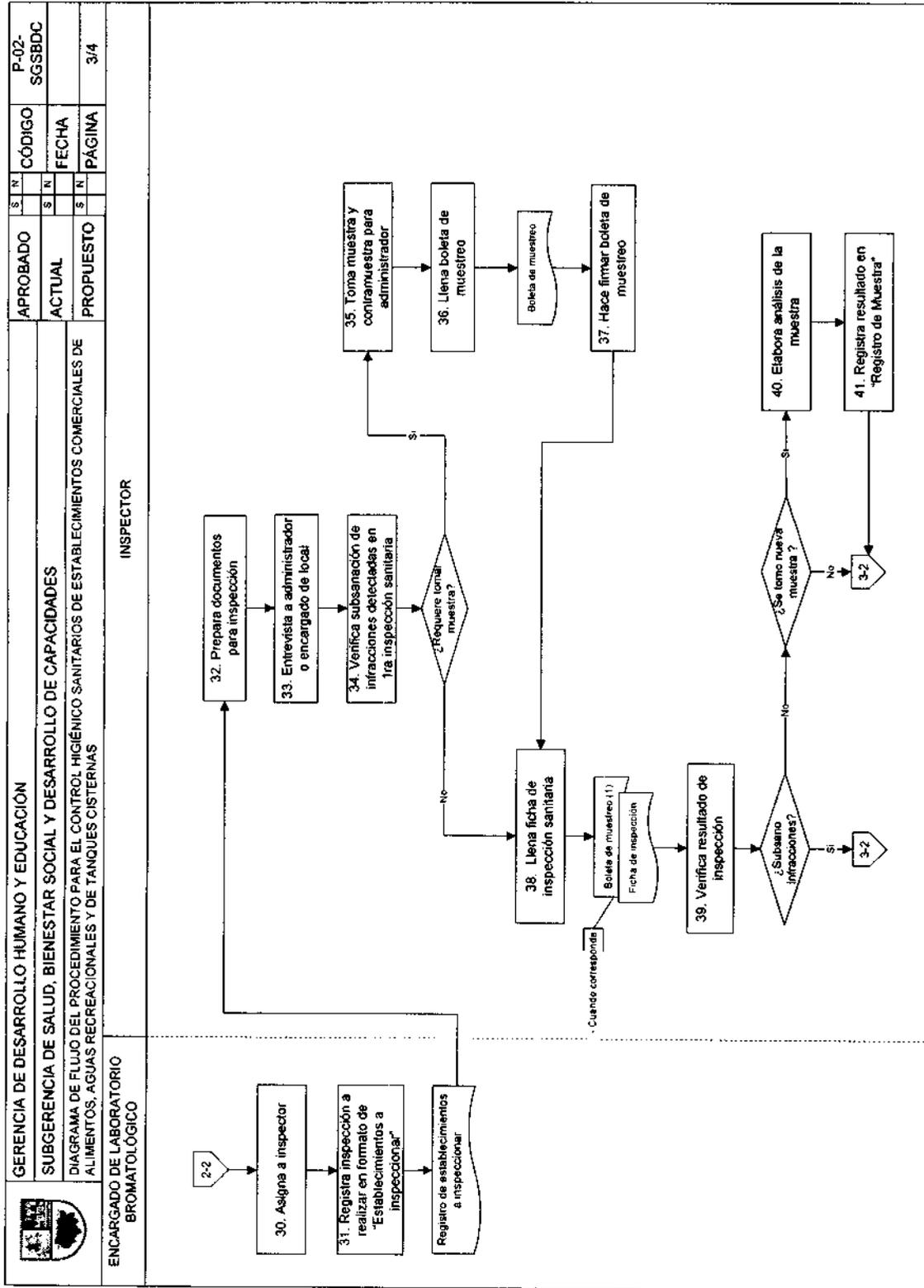
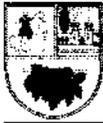


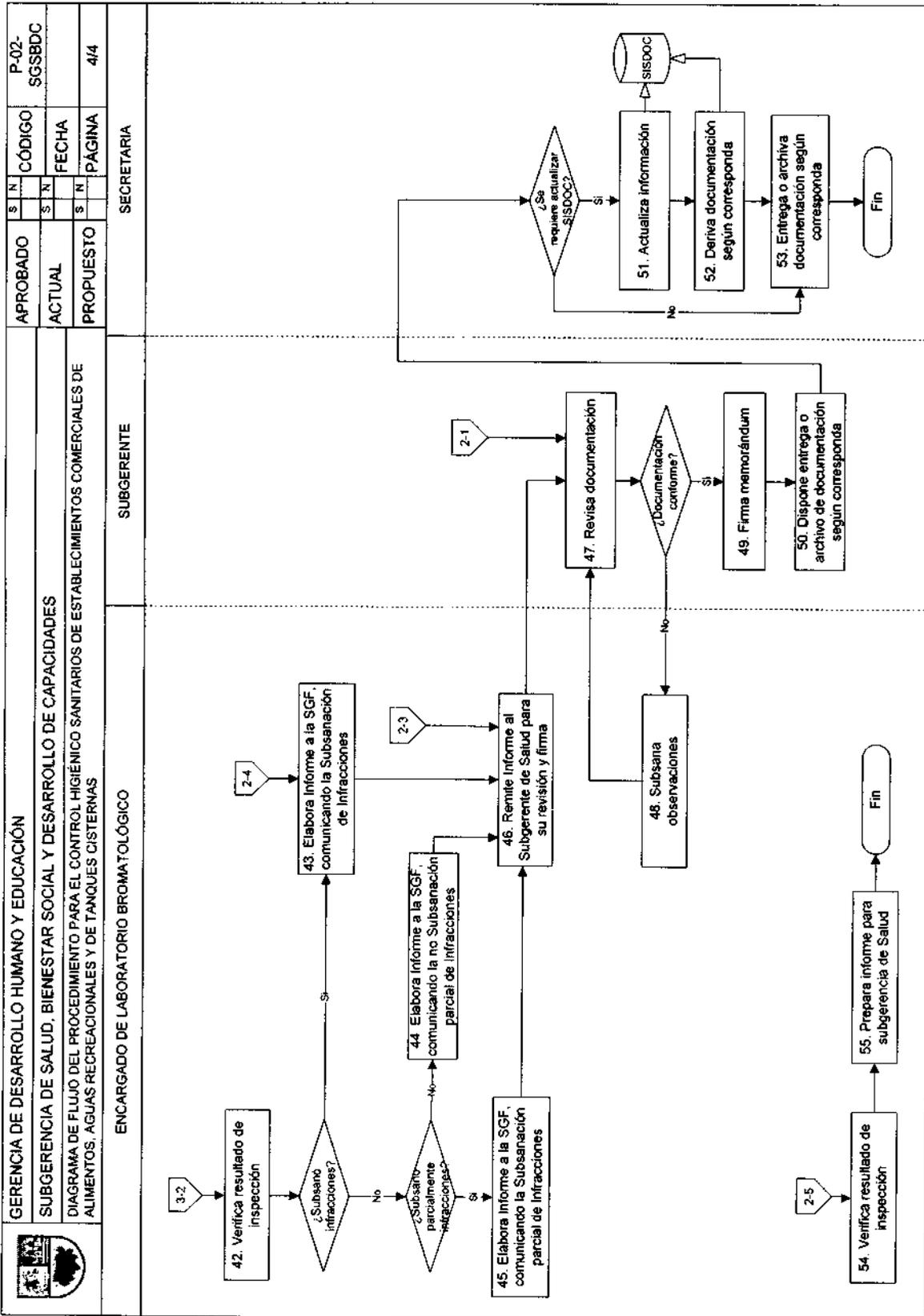


Anexo 1: Diagrama de Flujo











Anexo 2: Establecimientos a inspeccionar

**ESTABLECIMIENTOS PARA INSPECCIONAR**

Inspector: \_\_\_\_\_ Fecha:    /    /

	Razon Social	Dirección	Observación	Nota	Firma
1					
2					
3					
4					
5					







### Anexo 4: Formato de Boleta de Muestreo



#### BOLETA DE MUESTREO

FECHA: ..... TOPOGRAFIA: ..... TELEFONO: ..... TOMA DE MUESTRA: .....  
DIRECCION: ..... DNI/RUC: .....

SOBRE: ..... GRC: .....

DIRECCION: .....

MUESTRA DE: ..... CANT. APROX: .....

OBSERVACIONES: .....

COPIA DE LA CATASTRAL ENTREGAR AL VERIFICADOR LOCAL

CONTRAMUESTRA QUE SE ENTREGA AL PROPIETARIO EN CASO QUE FUERE SU RESPONSABILIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE ALIMENTOS MINISTERO DE SALUD, MUNICIPALIDADES O PARTICULARES ADHERIDOS

RECIBIR SUS RESULTADOS DENTRO DE 7 DIAS EN EL LABORATORIO DE BROMATOLOGIA (USO GRAL. Nº 511 TERCER PISO CERCADO SUR. TEL. (01) 411-5560 ANEXO 2502)

PROPIETARIO O ENCARGADO  
Nombre  
DNI

INSPECTOR (A) LOCAL





Anexo 5: Formato de Informe de Ensayo



**MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO**  
**GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN**  
**SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES**

**INFORME DE ENSAYO N°**

Toma de muestra N° \_\_\_\_\_  
 Nombre o Razón social \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Producto \_\_\_\_\_  
 Cantidad \_\_\_\_\_  
 Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_  
 Observaciones \_\_\_\_\_

**RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS**

	RESULTADO	LÍMITE ACEPTABLE
Número de Aerobios Mesófilos (Ufc/g)		
Coliformes (Ufc/g)		
<i>Escherichia coli</i> (Ufc/g)		
<i>Staphylococcus aureus</i> (Ufc/g)		
Mohos (Ufc/g)		
Levaduras (Ufc/g)		
Detección de <i>Salmonella</i> (en 25g)		
Otros		

**CONCLUSIONES** La muestra analizada es \_\_\_\_\_ para el consumo humano.  
 Resultado válido solo para el lote correspondiente a la muestra evaluada.

**REFERENCIA** : (R.M. N° 815-2003-SA/DM) "Criterios microbiológicos de calidad sanitaria fos e inocuidad para alimentos y bebidas de consumo humano"

**METODO DE ENSAYO** :

Loma de Los Crisantemos 170 – Cruce con Av. Tomas Marzano - 4115560 Anexo 32 11





Anexo 6: Formato de Registro de Muestra



MUNICIPALIDAD  
DE SANTIAGO DE SURCO



REGISTRO DE MUESTRA

N° MUESTRA: \_\_\_\_\_ COD. INSP: \_\_\_\_\_  
TIPO DE MUESTRA: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
R.S: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

R = \_\_\_\_\_  
C = \_\_\_\_\_  
ML = \_\_\_\_\_  
ST = \_\_\_\_\_  
Salud = \_\_\_\_\_

N° MUESTRA: \_\_\_\_\_ COD. INSP: \_\_\_\_\_  
TIPO DE MUESTRA: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
R.S: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

R = \_\_\_\_\_  
C = \_\_\_\_\_  
ML = \_\_\_\_\_  
ST = \_\_\_\_\_  
Salud = \_\_\_\_\_

N° MUESTRA: \_\_\_\_\_ COD. INSP: \_\_\_\_\_  
TIPO DE MUESTRA: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
R.S: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

R = \_\_\_\_\_  
C = \_\_\_\_\_  
ML = \_\_\_\_\_  
ST = \_\_\_\_\_  
Salud = \_\_\_\_\_

N° MUESTRA: \_\_\_\_\_ COD. INSP: \_\_\_\_\_  
TIPO DE MUESTRA: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
R.S: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

R = \_\_\_\_\_  
C = \_\_\_\_\_  
ML = \_\_\_\_\_  
ST = \_\_\_\_\_  
Salud = \_\_\_\_\_

N° MUESTRA: \_\_\_\_\_ COD. INSP: \_\_\_\_\_  
TIPO DE MUESTRA: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
R.S: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

R = \_\_\_\_\_  
C = \_\_\_\_\_  
ML = \_\_\_\_\_  
ST = \_\_\_\_\_  
Salud = \_\_\_\_\_





### 3. Denominación:

#### ATENCIÓN DE SERVICIO DE ANÁLISIS BROMATOLÓGICO DE ALIMENTOS, AGUA Y SUPERFICIE

##### 3.1. Código:

**P-03-SGSBDC**

##### 3.2. Finalidad:

Controlar la calidad de los alimentos, agua y superficie mediante el análisis bromatológico.

##### 3.3. Base legal:

- a) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.
- b) Tarifario de servicios de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Resolución de Alcaldía 363-2008-RASS.

##### 3.4. Requisitos:

- a) Pago por servicio solicitado.





### 3.5. Descripción: P-03-SGSBDC

#### SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**¿Solicitante pide información para examen bromatológico?**

**Si = Paso 1**

**No = Paso 6**

**Paso 1.** Determina tipo de análisis bromatológico que debe realizar.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 2.** Indica a solicitante condiciones que debe tener muestra.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**¿Solicitante tiene muestra y es adecuada?**

**Si = Paso 4**

**No = Paso 3**

**Paso 3.** Indica observaciones.  
**(Tiempo: 2 minutos).**  
FIN DE PROCEDIMIENTO.

**Paso 4.** Elabora orden de atención.  
**(Tiempo: 3 minutos).**

**Paso 5.** Espera pago por servicio.  
**(Tiempo: 15 minutos).**

**Paso 6.** Recibe muestra y recibo de pago e indica a administrado que resultado lo podrá recoger dentro de 5 días.  
**(Tiempo: 2 minutos).**

**Paso 7.** Registra datos de muestra y datos de solicitante en Hoja de Registro de muestra.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

Cargo: BIÓLOGO

**Paso 8.** Realiza análisis de la muestra.  
**(Tiempo: 45 minutos).**

**¿Sucedió algún problema con muestra?**

**Si = Paso 9**

**No = paso 11**

**Paso 9.** Comunica a administrado observaciones.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 10.** Espera nueva muestra.





**¿Administrado entrega nueva muestra conforme?**

**Si = Paso 11**

**No = Paso 10**

**Paso 11.** Registra resultado en "Registro de Muestra"  
(Tiempo: 5 minutos).

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 12.** Elabora y firma informe de ensayo.  
(Tiempo: 10 minutos).

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 13.** Verifica informe de ensayo.  
(Tiempo: 5 minutos).

**¿Informe de ensayo conforme?**

**Si = Paso 16**

**No = Paso 14**

**Paso 14.** Indica observaciones.  
(Tiempo: 5 minutos).

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 15.** Subsana observaciones. Continúa paso 13.  
(Tiempo: 5 minutos).

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 16.** Da VºBº a informe de ensayo.  
(Tiempo: 3 minutos).

Cargo: ENCARGADO DE LABORATORIO BROMATOLÓGICO

**Paso 17.** Espera a solicitante.

**Paso 18.** Hace Firmar cargo de entrega.  
(Tiempo: 2 minutos).

**Paso 19.** Archiva documentación.  
(Tiempo: 10 minutos).  
FIN DE PROCEDIMIENTO.

**3.6. Tiempo total estimado**

**2 horas y 27 minutos**

**3.7. Anexos**

- Anexo 1: Diagrama de Flujo**
- Anexo 2: Formato de Orden de Atención**
- Anexo 3: Formato de Informe de Ensayo**
- Anexo 4: Formato de Registro de Muestra**







Anexo 2: Formato de Orden de Atención



## MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO

### ORDEN DE ATENCION

Nº

FECHA

Nombre del Solicitante : \_\_\_\_\_

Historia Clínica Nº \_\_\_\_\_

Dependencia Emisora : \_\_\_\_\_

PARTIDA	DESCRIPCION	TOTAL
<b>TOTAL A PAGAR S/.</b>		

Ordenado por \_\_\_\_\_





Anexo 3: Formato de Informe de Ensayo



MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

**INFORME DE ENSAYO N°**

Toma de muestra N°  
Nombre y Razón social  
Dirección  
Producto  
Cantidad  
Fecha de Recepción  
Observaciones

**RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS**

	RESULTADO	LÍMITE ACEPTABLE
Número de Aerobios Mesófilos (Ufc/g)		
Coliformes (Ufc/g)		
<i>Escherichia coli</i> (Ufc/g)		
<i>Staphylococcus aureus</i> (Ufc/g)		
Mohos (Ufc/g)		
Levaduras (Ufc/g)		
Detección de <i>Salmonella</i> (en 25g)		
Otros		

**CONCLUSIONES:** La muestra analizada es \_\_\_\_\_ para el consumo humano  
Resultado válido solo para el lote correspondiente a la muestra evaluada

**REFERENCIA:** (R.M. N° 815-2003-SA/DM) "Criterios microbiológicos de calidad sanitaria, los e inocuidad para alimentos y bebidas de consumo humano"

**METODO DE ENSAYO:**

Loma de Los Crisantes 170 - Cruce con Av. Tomas Marzano - 4115560 Anexo 3211





Anexo 4: Formato de Registro de Muestra

**MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO**  
**GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN**  
**SUB GERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES**

### REGISTRO DE MUESTRA

N° MUESTRA: _____	COD INSP _____
TIPO DE MUESTRA _____	
FECHA: _____	HORA _____
CANT APROX: _____	RUC/DNI _____
R.S. _____	
OBSERVACIONES _____	

N° MUESTRA: _____	COD INSP _____
TIPO DE MUESTRA _____	
FECHA: _____	HORA _____
CANT APROX: _____	RUC/DNI _____
R.S. _____	
OBSERVACIONES _____	

N° MUESTRA: _____	COD INSP _____
TIPO DE MUESTRA _____	
FECHA: _____	HORA _____
CANT APROX: _____	RUC/DNI _____
R.S. _____	
OBSERVACIONES _____	

N° MUESTRA: _____	COD INSP _____
TIPO DE MUESTRA _____	
FECHA: _____	HORA _____
CANT APROX: _____	RUC/DNI _____
R.S. _____	
OBSERVACIONES _____	

R= \_\_\_\_\_

C= \_\_\_\_\_

M/L= \_\_\_\_\_

ST= \_\_\_\_\_

Salm= \_\_\_\_\_

R= \_\_\_\_\_

C= \_\_\_\_\_

M/L= \_\_\_\_\_

ST= \_\_\_\_\_

Salm= \_\_\_\_\_

R= \_\_\_\_\_

C= \_\_\_\_\_

M/L= \_\_\_\_\_

ST= \_\_\_\_\_

Salm= \_\_\_\_\_

R= \_\_\_\_\_

C= \_\_\_\_\_

M/L= \_\_\_\_\_

ST= \_\_\_\_\_

Salm= \_\_\_\_\_



#### 4. Denominación:

### REGISTRO DE CANES

#### 4.1. Código:

**P-04-SGSBDC**

#### 4.2. Finalidad:

Identificar, controlar la población y determinar la estadística de perros vacunados contra rabia y desparasitados, así como facilitar la rastreabilidad de canes agresores.

#### 4.3. Base legal:

- Ordenanza N° 179-MSS, que regula la tenencia, protección y Control de canes en el distrito de Santiago de Surco.
- Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.
- Texto Único de Procedimientos Administrativos aprobado con Ordenanza N° 332-MSS ratificado con acuerdo de Concejo N° 283-MM y modificado con Ordenanza N° 263-MSS

#### 4.4. Requisitos:

- Solicitud de Registro Municipal de Mascotas dependiendo de la condición del can, considerado o no potencialmente peligroso, adjuntando requisitos indicados en TUPA vigente.





#### 4.5. Descripción: P-04-SGSBDC

### SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

Cargo: ENCARGADO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

¿Propietario solicita orientación para registro de can?

Si = Paso 1

No = Paso 9

**Paso 1.** Orienta sobre requisitos a cumplir.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 2.** Llena Hoja de identificación de can. Datos de can.  
Condición:  
- No Peligroso  
- Peligroso  
- Peligroso- Mordedor  
(Tiempo: 10 minutos).

**Paso 3.** Verifica número de identificación que corresponde en archivo Access de Registro de Can.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 4.** Registra número de identificación en Hoja de identificación de can. Según condición, coloca n° de identificación con color:  
- No Peligroso: negro  
- Peligroso: rojo  
- Peligroso- Mordedor: rojo seguido de "Mordedor"  
(Tiempo: 3 minutos).

**Paso 5.** Llena declaración jurada de tenencia de can según condición de can:  
- No peligroso  
- Peligroso  
- Peligroso mordedor  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 6.** Hace Firmar a propietario declaración jurada de tenencia de can.  
(Tiempo: 1 minuto).

**Paso 7.** Entrega a propietario n° de identificación del can.  
(Tiempo: 1 minuto).

**Paso 8.** Espera expediente para atención

Cargo: SECRETARIA

**Paso 9.** Recibe Expediente en Sistema de Trámite Documentario.  
(Tiempo: 5 minutos).





Cargo: SUBGERENTE

**Paso 10.** Revisa Expediente.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 11.** Elabora proveído de atención.  
(Tiempo: 5 minutos).

Cargo: SECRETARIA

**Paso 12.** Deriva Expediente para su atención.  
(Tiempo: 5 minutos).

Cargo: ENCARGADO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

**Paso 13.** Verifica expediente para registro de can.  
(Tiempo: 5 minutos).

**¿Documentación conforme?**

**Si = Paso 19**

**No = Paso 14**

**Paso 14.** Elabora carta indicando observaciones.  
(Tiempo: 5 minutos).

Cargo: SUBGERENTE DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

**Paso 15.** Revisa carta.  
(Tiempo: 2 minutos).

**¿Carta es conforme?**

**Si = Paso 17**

**No = Paso 16.**

**Paso 16.** Coordina correcciones. Continúa paso 17.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 17.** Firma carta y dispone notificación.  
(Tiempo: 1 minuto).

Cargo: ENCARGADO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

**Paso 18.** Notifica carta.

**Espera plazo de 5 días para subsanación**

**¿Propietario subsana observaciones?**

**Si = Paso 19**

**No = Paso 25**

**Paso 19.** Busca hoja de identificación de can.





**(Tiempo: 5 minutos).**

**¿Can tiene hoja de identificación?**

**Si = Paso 20**

**No = Paso 22**

**Paso 20.** Completa información de hoja de identificación de can.  
**(Tiempo: 2 minutos).**

**Paso 21.** Elabora tarjeta de registro. Continúa paso 27  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 22.** Registra información en hoja de identificación de can.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 23.** Verifica número de identificación que corresponde en archivo Access de registro de can.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 24.** Registra número de registro en Hoja de identificación de can, Según condición, coloca nº de registro con color:  
- No Peligroso: negro  
- Peligroso: rojo  
- Peligroso- Mordedor: rojo seguido de "Mordedor"  
**(Tiempo: 5 minutos).**

Cargo: MÉDICO VETERINARIO

**Paso 25.** Registra datos de registro en archivo Access de registro de can.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 26.** Elabora y Firma informe para Subgerencia.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 27.** Firma informe.  
**(Tiempo: 1 minuto).**

**Paso 28.** Completa información de hoja de identificación de can.  
**(Tiempo: 2 minutos).**

**Paso 29.** Dispone entrega a Subgerencia.  
**(Tiempo: 1 minuto).**

**¿Registro de can conforme?**

**Si = Paso 30**

**No = FIN DE PROCEDIMIENTO**

**Paso 30.** Da VºBº a Tarjeta de Registro.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

Cargo: ENCARGADO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

**Paso 31.** Espera que propietario recoja Tarjeta de registro.





**Paso 32.** Verifica declaración jurada de tenencia de can.  
(Tiempo: 2 minutos).

**¿Propietario firmó declaración jurada de tenencia de can?**

**SI = Paso 35**

**No = Paso 33**

**Paso 33.** Llena declaración jurada de tenencia de can según condición:  
- No peligroso  
- Peligroso  
- Peligroso mordedor  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 34.** Hace firmar a propietario declaración jurada de tenencia de can.  
(Tiempo: 1 minuto).

**Paso 35.** Hace firmar a propietario hoja de identificación o Libro de actas de entrega y coloca fecha de entrega.  
(Tiempo: 1 minuto).

**Paso 36.** Archiva documentación correspondiente.  
(Tiempo: 10 minutos).  
FIN DE PROCEDIMIENTO.

#### 4.6. Tiempo total estimado

2 horas y 18 minutos.

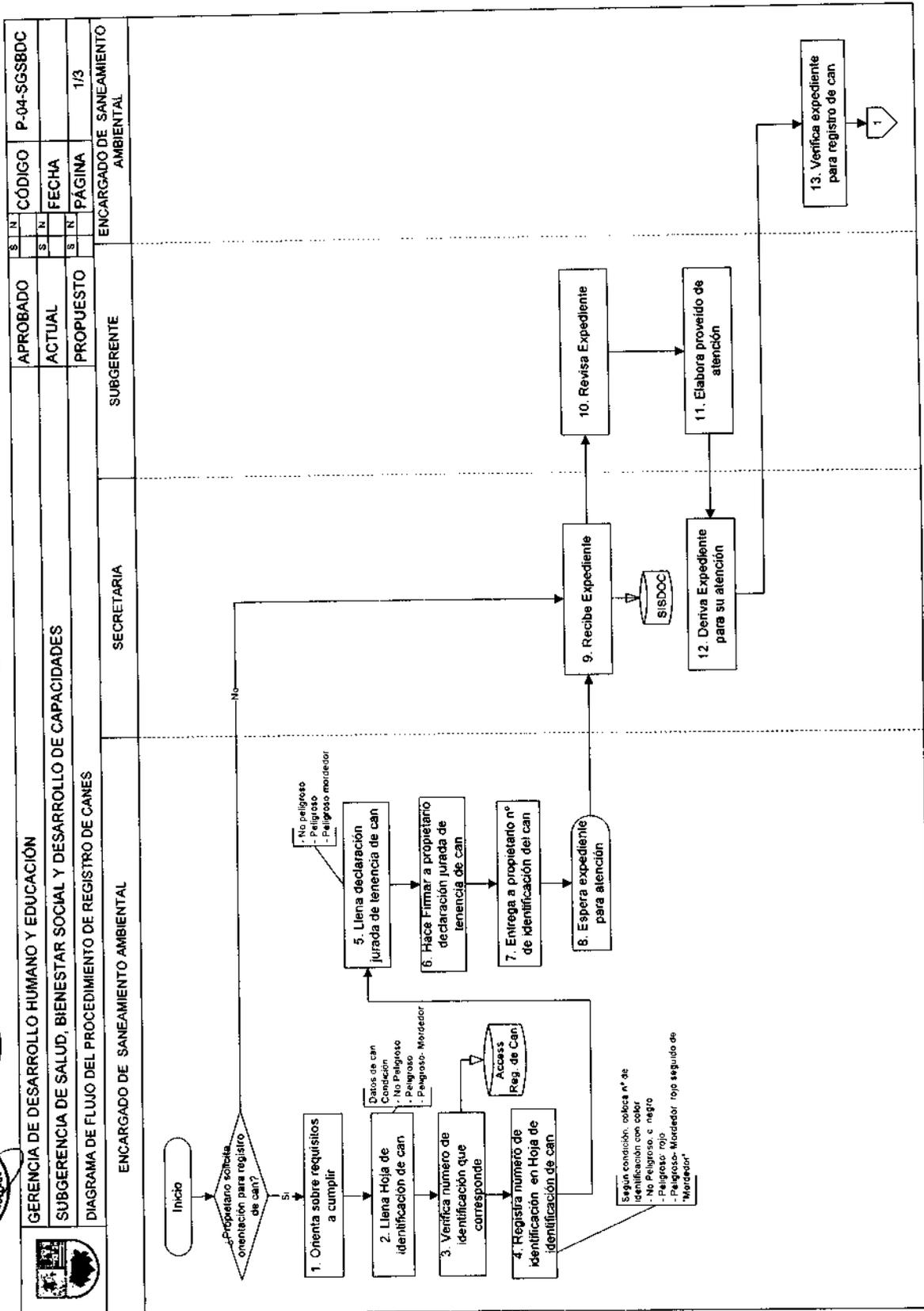
#### 4.7. Anexos

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato de hoja de identificación de can**
- c) Anexo 3: **Formato de Tarjeta de registro**
- d) Anexo 4: **Formato de declaración jurada de tenencia de can No peligroso**
- e) Anexo 5: **Formato de declaración jurada de tenencia de can Peligroso**
- f) Anexo 6: **Formato de declaración jurada de tenencia de can Peligroso Mordedor**

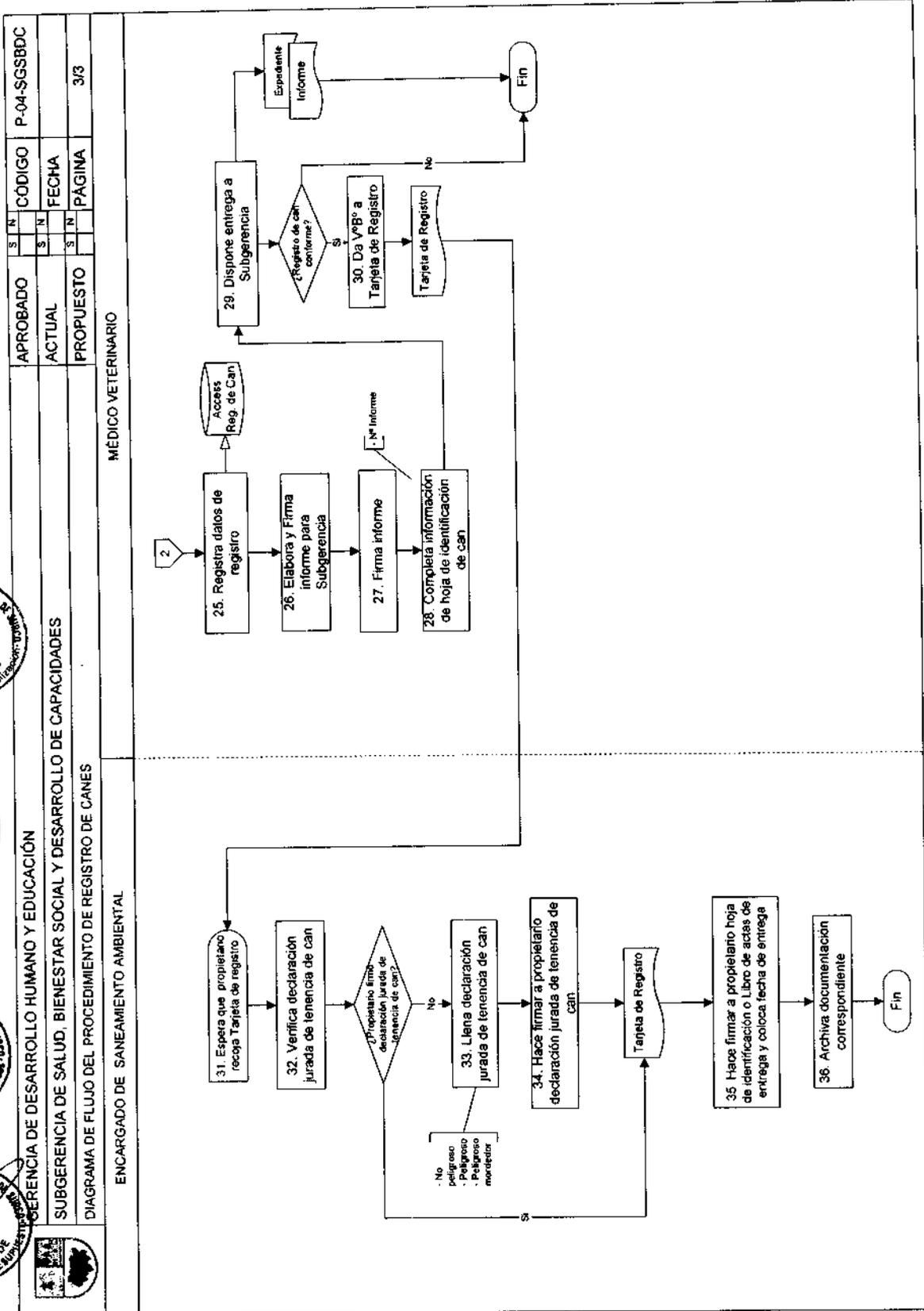




Anexo 1: Diagrama de Flujo









**Anexo 2: Formato de hoja de identificación de can**

**HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE CANES**

N.º DE REGISTRO

NOMBRE DEL CAN

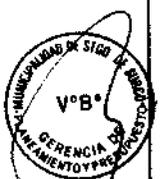
FECHA DE REGISTRO

DATOS DEL PROPIETARIO

CERTIFICADO DE VACUNACION ANTI-RABICA

CONTROL SANITARIO

CONTROL SANITARIO	201	201	201	201
<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>				
<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>				





CERTIFICADO DE VACUNACION (EXCEPTO ANTIRRABICA)

.....

ANILCOTEMTI

DOCUMENTOS VARIOS

PARA REGISTRO

EN QUE YA

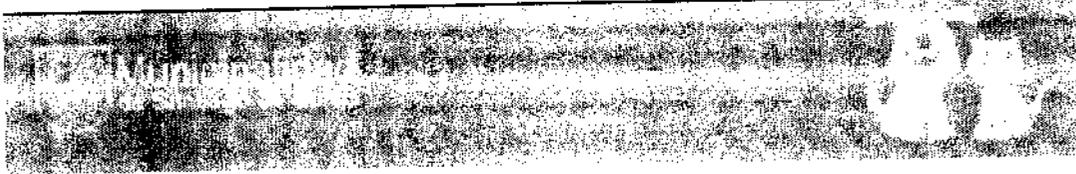
PROCESO O  
OBSERVACION

OTRAS OBSERVACIONES EN GENERAL





### Anexo 3: Formato de Tarjeta de registro



## REGISTRO MUNICIPAL DE MASCOTAS

Registro

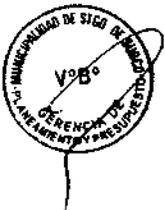
ADQUISICIÓN

...

...

...

...





### Anexo 4: Formato de declaración jurada de tenencia de can No peligroso

#### DECLARACION JURADA PARA TENENCIA DE CAN NO CONSIDERADO POTENCIALMENTE PELIGROSO









## 5. Denominación:

### ATENCIÓN DE SERVICIO DE VACUNACIÓN DE CAN

#### 5.1. Código:

**P-05-SGSBDC**

#### 5.2. Finalidad:

Velar por la integridad física y salud del can, con el propósito que pueda desarrollarse apropiadamente y evitar la propagación de enfermedades zoonóticas en la población.

#### 5.3. Base legal:

- a) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.

#### 5.4. Requisitos:

- a) Solicitud de atención de servicios de vacunación.





## 5.5. Descripción: P-05-SGSBDC

### SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

Cargo: MEDICO VETERINARIO

**Paso 1.** Recibe Solicitud de atención de servicios de vacunación.  
(Tiempo: 3 minutos).

**Paso 2.** Examina a can.  
(Tiempo: 5 minutos).

**¿Can se encuentra en condiciones?**

**Si = Paso 4**

**No = Paso 3**

**Paso 3.** Informa a propietario condición de Can.  
(Tiempo: 2 minutos).  
FIN DE PROCEDIMIENTO

**Paso 4.** Verifica si can tiene hoja de identificación en archivo Access de registro de can.  
(Tiempo: 5 minutos).



**¿Can tiene hoja de identificación?**

**Si= Paso 6**

**No = Paso 5**

**Paso 5.** Registra información en hoja de identificación de can.  
(Tiempo: 5 minutos).



**Paso 6.** Busca hoja de de identificación de can en archivo.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 7.** Aplica vacuna.  
(Tiempo: 5 minutos).



**Paso 8.** Registra vacunación en hoja de identificación de can.  
(Tiempo: 3 minutos).

**Paso 9.** Llena tarjeta de vacunación.  
(Tiempo: 5 minutos).



**Paso 10.** Llena Registro de vacunaciones.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 11.** Hace firmar Registro de vacunación.  
(Tiempo: 1 minuto).



**Paso 12.** Archiva documentación correspondiente.  
(Tiempo: 10 minutos).



## FIN DE PROCEDIMIENTO

### 5.6. Tiempo total estimado

54 minutos.

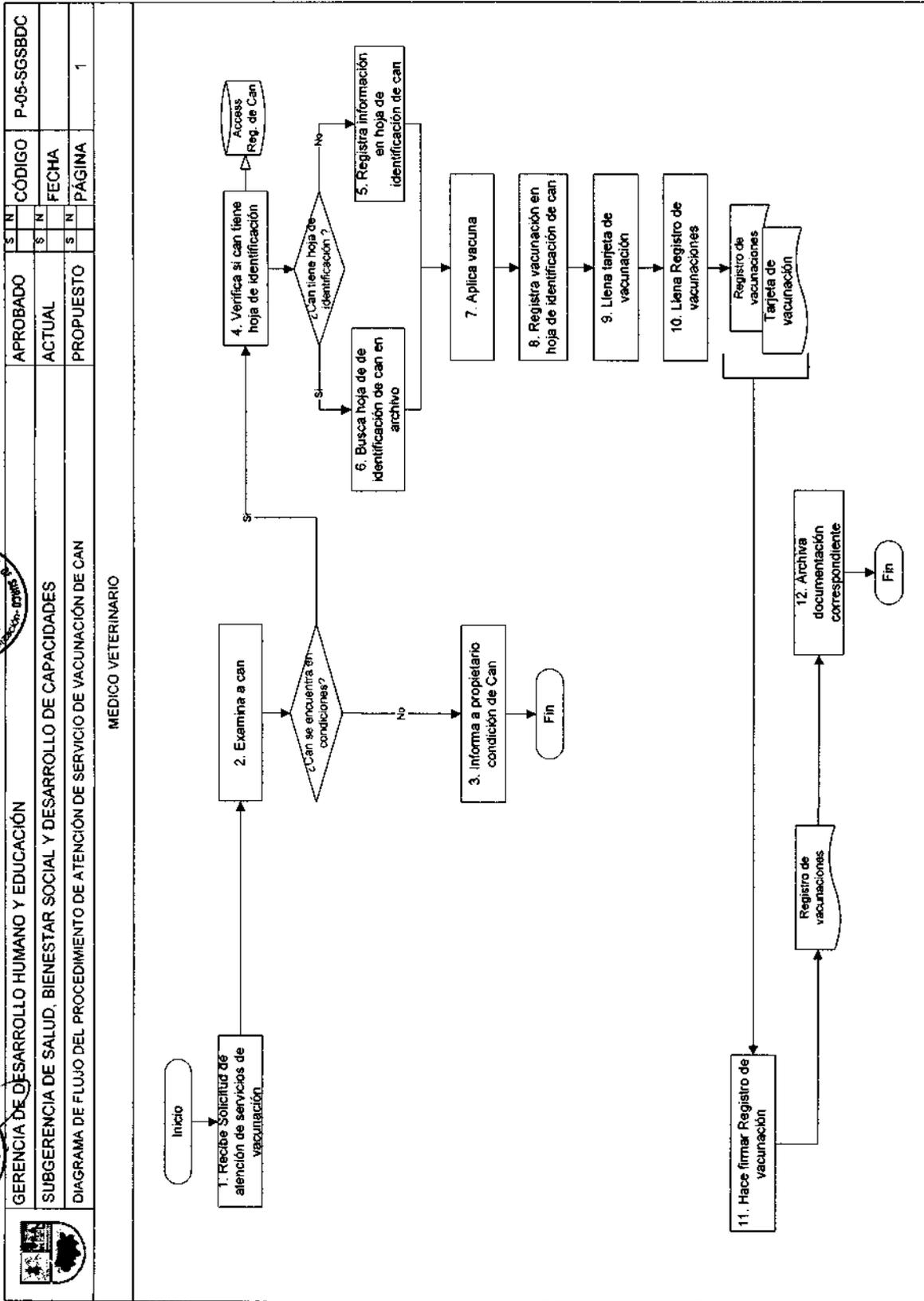
### 5.7. Anexos

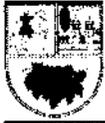
- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato de hoja de identificación de can**
- c) Anexo 3: **Formato de tarjeta de vacunación**
- d) Anexo 4: **Formato de Registro de vacunaciones**





Anexo 1: Diagrama de Flujo





**Anexo 2: Formato de hoja de identificación de can**

**HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE CANES**

N. DE REGISTRO

NOMBRE DEL CAN

FECHA DE REGISTRO

DATOS DEL PROPIETARIO

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN ANTI-RÁBICA

CONTROL SANITARIO	2011	2012	2013	2014





**CERTIFICADO DE VACUNACION (EXCERPIO ANTIRRABICA)**

El/la Sr./a \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Distrito de \_\_\_\_\_  
Provincia de \_\_\_\_\_  
Departamento de \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**DOCUMENTOS VARIOS**

**PARA REGISTRO**

**INFORME**

**IMPRESION Y DEFERENCIA**

**OTRAS OBSERVACIONES EN GENERAL**





### Anexo 3: Formato de tarjeta de vacunación



Doctor/a a cargo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ N.º de REG.

#### CARNÉ DE VACUNACION ANTIERRABICA

Apellido(s) \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Nombre de calle \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### FECHA DE VACUNACIÓN

\_\_\_\_\_

DESparasitación

\_\_\_\_\_







## 6. Denominación:

### SERVICIO DE DESPARASITACIÓN DE CAN

#### 6.1. Código:

P-13-SGSBDC

#### 6.2. Finalidad:

Velar por la integridad física, salud y alimentación del can, con el propósito que pueda desarrollarse apropiadamente.

#### 6.3. Base legal:

- a) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.

#### 6.4. Requisitos:

- b) Pago por servicio solicitado.





## 6.5. Descripción: P-06-SGSBDC

### SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

Cargo: MEDICO VETERINARIO

**Paso 1.** Recibe Solicitud de atención de servicios de desparasitación.  
(Tiempo: 1 minuto).

**Paso 2.** Brinda indicaciones.

**Paso 3.** Verifica si can tiene hoja de identificación en archivo Access de registro de can.  
(Tiempo: 5 minutos).

**¿Can tiene hoja de identificación?**

**Si= Paso 7**

**No = Paso 6**

**Paso 4.** Registra información en hoja de identificación de can.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 5.** Busca hoja de de identificación de can en archivo.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 6.** Pesa a can.  
(Tiempo: 3 minutos).

**Paso 7.** Determina dosis a aplicar.  
(Tiempo: 2 minutos).

**Paso 8.** Registra información en hoja de identificación de can:  
- Fecha de desparasitación  
- Peso de Can  
- Dosificación  
(Tiempo: 3 minutos).  
Aplica dosis de desparasitación  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 9.** Llena tarjeta de desparasitación.  
(Tiempo: 2 minutos).

**Paso 10.** Llena Registro de desparasitación.  
(Tiempo: 2 minutos).

**Paso 11.** Hace firmar Registro de desparasitación.  
(Tiempo: 1 minuto).





**Paso 12.** Archiva documentación correspondiente.  
**(Tiempo: 10 minutos).**  
**FIN DE PROCEDIMIENTO**

### 6.6. Tiempo total estimado

**52 minutos.**

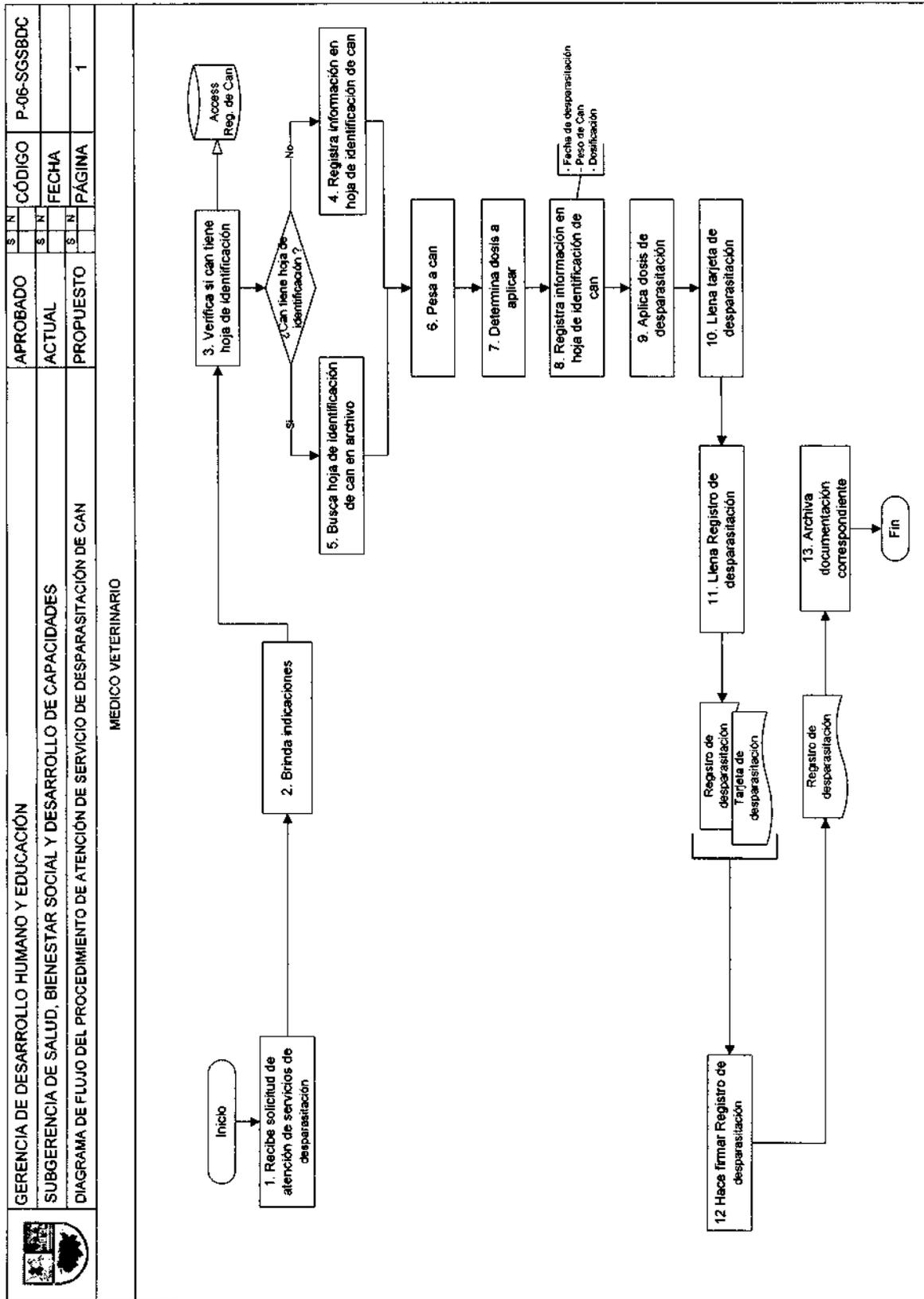
### 6.7 Anexos

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato de hoja de identificación de can**
- c) Anexo 3: **Formato de Registro de desparasitación**





Anexo 1: Diagrama de Flujo











## 7. Denominación:

### ATENCIÓN DE SERVICIO DE CONSULTA VETERINARIA

#### 7.1. Código:

**P-07-SGSBDC**

#### 7.2. Finalidad:

**Brindar atención requerida para las mascotas de los ciudadanos.**

#### 7.3. Base legal:

- a) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.

#### 7.4. Requisitos:

- a) Pago por servicio solicitado.





### 7.5. Descripción: P-07-SGSBDC

#### SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

Cargo: MEDICO VETERINARIO

**Paso 1.** Recibe solicitud de atención de servicios de consulta veterinaria.  
(Tiempo: 1 minutos).

**Paso 2.** Brinda indicaciones.

**Paso 3.** Verifica si can tiene hoja de identificación en archivo Access de registro de can.  
(Tiempo: 5 minutos).

**¿Can tiene hoja de identificación?**

**Si= Paso 7**

**No = Paso 6**

**Paso 4.** Registra información en hoja de identificación de can.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 5.** Busca hoja de de identificación de can en archivo.  
(Tiempo: 10 minutos).

**Paso 6.** Realiza examen clínico a can.  
(Tiempo: 15 minutos).

**Paso 7.** Llena historia clínica.  
(Tiempo: 5 minutos).

**¿Can en buenas condiciones?**

**Si = Paso 18**

**No = ¿Requiere análisis adicionales diagnóstico?**

**Si = Paso 10**

**No = Paso 13**

**Paso 8.** Indica análisis que debe realizar.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 9.** Espera análisis adicionales.

**Paso 10.** Revisa análisis adicionales.  
(Tiempo: 5 minutos).





- Paso 11.** Realiza diagnóstico.  
**(Tiempo: 5 minutos).**
- Paso 12.** Completa información en historia clínica.  
**(Tiempo: 2 minutos).**
- Paso 13.** Indica tratamiento y elabora indicaciones.  
**(Tiempo: 5 minutos).**
- Paso 14.** Registra información en hoja de identificación de can.  
**(Tiempo: 5 minutos).**
- Paso 15.** Entrega a propietario.  
**(Tiempo: 1 minuto).**  
FIN DE PROCEDIMIENTO
- Paso 16.** Registra información en hoja de identificación de can.  
**(Tiempo: 2 minutos).**

**¿Requiere certificado de salud y pago por servicio?**

**Si = Paso 19**

**No = FIN DE PROCEDIMIENTO**

**Paso 17.** Elabora y da VºBº a certificado de salud.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 18.** Llena Registro de Certificado de Salud.  
**(Tiempo: 2 minutos).**

**Paso 19.** Hace firmar Registro de Certificado de Salud.  
**(Tiempo: 1 minuto).**

**Paso 20.** Archiva documentación correspondiente.  
**(Tiempo: 10 minutos).**  
FIN DE PROCEDIMIENTO



## **7.6. Tiempo total estimado**

**1 hora y 33 minutos.**

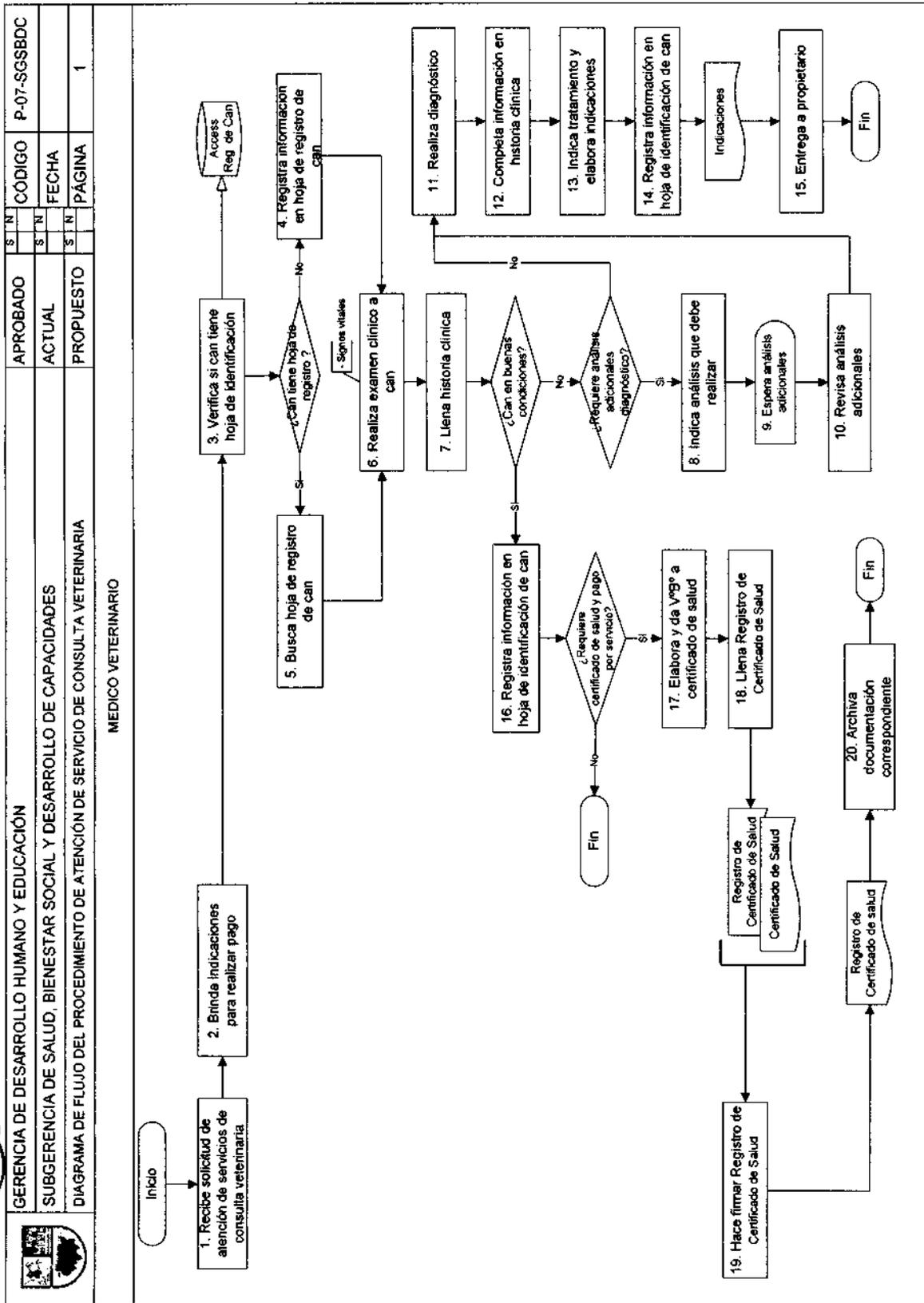
## **7.7. Anexos**

- Anexo 1: Diagrama de Flujo**
- Anexo 2: Formato de Hoja de Identificación de can**
- Anexo 3: Formato de Certificado de Salud**





Anexo 1: Diagrama de Flujo





Anexo 2: Formato de Hoja de Identificación de can

**HOJA DE IDENTIFICACION DE CANES**

N° DE REGISTRO

NOMBRE DEL CAN

FECHA DE REGISTRO

DATOS DEL PROPIETARIO

CERTIFICADO DE VACUNACION ANTIRRABICA

CONTROL SANITARIO	201	202	203	204





MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
 GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACION  
 SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

REGISTRO DE VACUNACION Y DESPARASITACION

LUGAR:  
 PARQUE:

FECHA: / /

REGIS.	PROBLEMA	EDAD	SEXO	FECHA	TIPO DE	TIPO DE	TIPO DE	TIPO DE	TIPO DE	TIPO DE
	RESUMIDA Y AFE. CLIN.	EN AÑOS	MASCULINO	DE VACUNACION	DE PARASITACION	DE VACUNACION	DE PARASITACION	DE VACUNACION	DE PARASITACION	DE VACUNACION







Anexo 3: Formato de Certificado de Salud

Nº 096253 COLEGIO MEDICO VETERINARIO DEL PERU  
Pedro Inigrota N° 100 - Santo Rito  
Suroeste - Lima - Peru

**CMVD  
LIMA**

**CERTIFICADO DE SALUD**

El Médico Veterinario, que suscribe: **C E R T I F I C A**, haber examinado clínicamente al animal que a continuación se refiere:

Especie..... Raza..... Sexo..... Edad.....  
Nombre..... Serias particulares (color, tatuaje, etc).....

Habiéndose comprobado que para el momento del examen, el animal en mención se encuentra libre de enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias transmisibles a hombres y a otros.

Se expide el presente a solicitud de.....  
Domiciliado en..... para los fines que crea conveniente.

En..... a los..... del.....  
Ciudad.....

Observaciones.....

.....  
Médico Veterinario  
Firma

.....  
Nombres y Apellidos Dirección y N° C.M.V.P. del  
Médico Veterinario responsable

Nota: Este Certificado tiene una validez de 15 días



**DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA VETERINARIA**

LEY 16200

Art. 1° Es obligatorio la colegiación de los Médicos Veterinarios para poder ejercer su profesión, debiendo inscribirse en el respectivo colegio Departamental o Regional de la jurisdicción de su domicilio

Art. 3° Inciso 1 Cumplir y hacer cumplir esta ley y su reglamento, así como la ley N° 13679 y las que se dicte para el ejercicio de la profesión de Médico Veterinario

**DE LAS SANCIONES**

Art. 64° El Colegio Médico Veterinario del Perú sancionará disciplinariamente a los Colegiados que hayan incurrido en las siguientes faltas:

- a) Infracción a la Ley, Estatutos y Reglamentos vigentes, relacionados con el ejercicio de la Medicina Veterinaria.
- b) Infracción al Código de Ética Profesional.

NOTA: Este certificado carece de valor si no lleva el nombre y Apellidos, N° del C.M.V.P. y firma del Médico Veterinario. Asimismo, las enmendaduras y/o correcciones que se efectúen en el texto de dichos certificados deberán ser referendados o visados por el profesional firmante





## 8. Denominación:

### CONTROL DE ZONOSIS

#### 8.1. Código:

**P-08-SGSBDC**

#### 8.2. Finalidad:

Promover y recomendar medidas orientadas a cambiar la conducta ciudadana para propiciar el cumplimiento de las disposiciones municipales en materia de zoonosis.

#### 8.3. Base legal:

- a) Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de la Municipalidad de Santiago de Surco, aprobado por Ordenanza N° 396-MSS.

#### 8.4. Requisitos:

- a) Requerimiento de control de zoonosis. Quejas (vía telefónica / documentos, expedientes, email) o Programación (Control de oficio).





**Descripción: P-08-SGSBDC**

**SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES**

Cargo: MEDICO VETERINARIO

**Paso 1.** Verifica requerimiento de control de zoonosis. Los cuales pueden ser por Quejas (vía telefónica / documentos, expedientes, email) o Programación (Control de oficio).  
**(Tiempo: 15 minutos).**

**¿Requerimiento ingreso por Mesa de Partes?**

**Si = Paso 2**

**No = Paso 3**

**Paso 2.** Registra documentos pendientes de atención en archivo Excel de documentos pendientes.  
**(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 3.** Elabora acta de inspección.  
**(Tiempo: 15 minutos).**

**Paso 4.** Elabora hoja de cargo con actas originales.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 5.** Realiza programación de inspecciones (Asignación y nº de acta).  
**(Tiempo: 60 minutos).**

Cargo: INSPECTOR

**Paso 6.** Realiza encuesta a administrados.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 7.** Realiza revisión en campo.  
**(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 8.** Recoge información.  
**(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 9.** Llena acta de inspección.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

**¿Corresponde generar notificación?**

**Si = Paso 10**

**No = Paso 11**

**Paso 10.** Comunica a la Subgerencia de Fiscalización que imponga la papeleta de infracción.  
**(Tiempo: 15 minutos).**





Cargo: MEDICO VETERINARIO

**Paso 11.** Revisa acta de inspección.  
(Tiempo: 5 minutos).

**Paso 12.** Registra en formato información de actividad de inspección.  
(Tiempo: 5 minutos).

**¿Inspección tiene sustento?**

**Sí = Paso 16**

**No = Paso 13**

**Paso 13.** Programa nueva inspección.  
(Tiempo: 5 minutos).

Cargo: INSPECTOR

Espera la fecha de la nueva inspección.

**Paso 14.** Verifica en campo información de inspección anterior.  
(Tiempo: 30 minutos).

**Paso 15.** Llena anexo de acta de inspección.  
(Tiempo: 10 minutos).

**Paso 16.** Elabora y firma acta de inspección final.  
(Tiempo: 10 minutos).

Cargo: MEDICO VETERINARIO

Espera que la Subgerencia de Fiscalización remita el descargo que presente el Administrado después de ser notificado.

**¿Se recibió el Descargo de la Subgerencia de Fiscalización?**

**Sí = Paso 17**

**No = Paso 22**

**Paso 17.** Verifica descargo.  
(Tiempo: 20 minutos).

**¿Requiere nueva inspección?**

**Sí = Paso 18**

**No = ¿Descargo fundado?**

**Sí = Paso 21**

**No = Paso 22**

**Paso 18.** Programa nueva inspección.  
(Tiempo: 5 minutos).





Cargo: INSPECTOR

Espera la fecha de la nueva inspección.

**Paso 19.** Realiza revisión en campo.  
(Tiempo: 20 minutos).

**Paso 20.** Llena anexo de acta de inspección. **Continúa paso 17.**  
(Tiempo: 10 minutos).

Cargo: MEDICO VETERINARIO

**Paso 21.** Elabora Memorándum informando a la Subgerencia de Fiscalización que se subsana la infracción. **Continúa paso 23.**  
(Tiempo: 10 minutos).

**Paso 22.** Elabora Memorándum solicitando a la Subgerencia de Fiscalización la remisión del Descargo a la Subgerencia de Salud, Bienestar Social y desarrollo de Capacidades. **Continúa paso 23.**  
(Tiempo: 10 minutos).

**Paso 23.** Remite el Memorándum al Subgerente de Salud, Bienestar Social y desarrollo de Capacidades para su revisión y firma.  
(Tiempo: 10 minutos).

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 24.** Revisa memorándum y documentos adjuntos.  
(Tiempo: 10 minutos).

¿Documentación conforme?

Si = Paso 26

No = Paso 25

Cargo: MEDICO VETERINARIO

**Paso 25.** Subsana observaciones. **Continúa paso 23.**  
(Tiempo: 10 minutos).

Cargo: SUBGERENTE

**Paso 26.** Firma memorándum.  
(Tiempo: 2 minutos).

**Paso 27.** Dispone entrega a Subgerencia de Fiscalización.  
(Tiempo: 1 minuto).

Cargo: SECRETARIA

¿Se requiere actualizar SISDOC?

Si = Paso 28





## No = Paso 30

**Paso 28.** Actualiza información en Sistema de Tramite Documentario.  
**(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 29.** Deriva documentación a Subgerencia de Fiscalización.  
**(Tiempo: 1 minuto).**

**Paso 30.** Envía a Subgerencia de Fiscalización.  
**(Tiempo: 2 minuto).**  
FIN DE PROCEDIMIENTO

### 8.5. Tiempo total estimado

6 horas y 6 minutos.

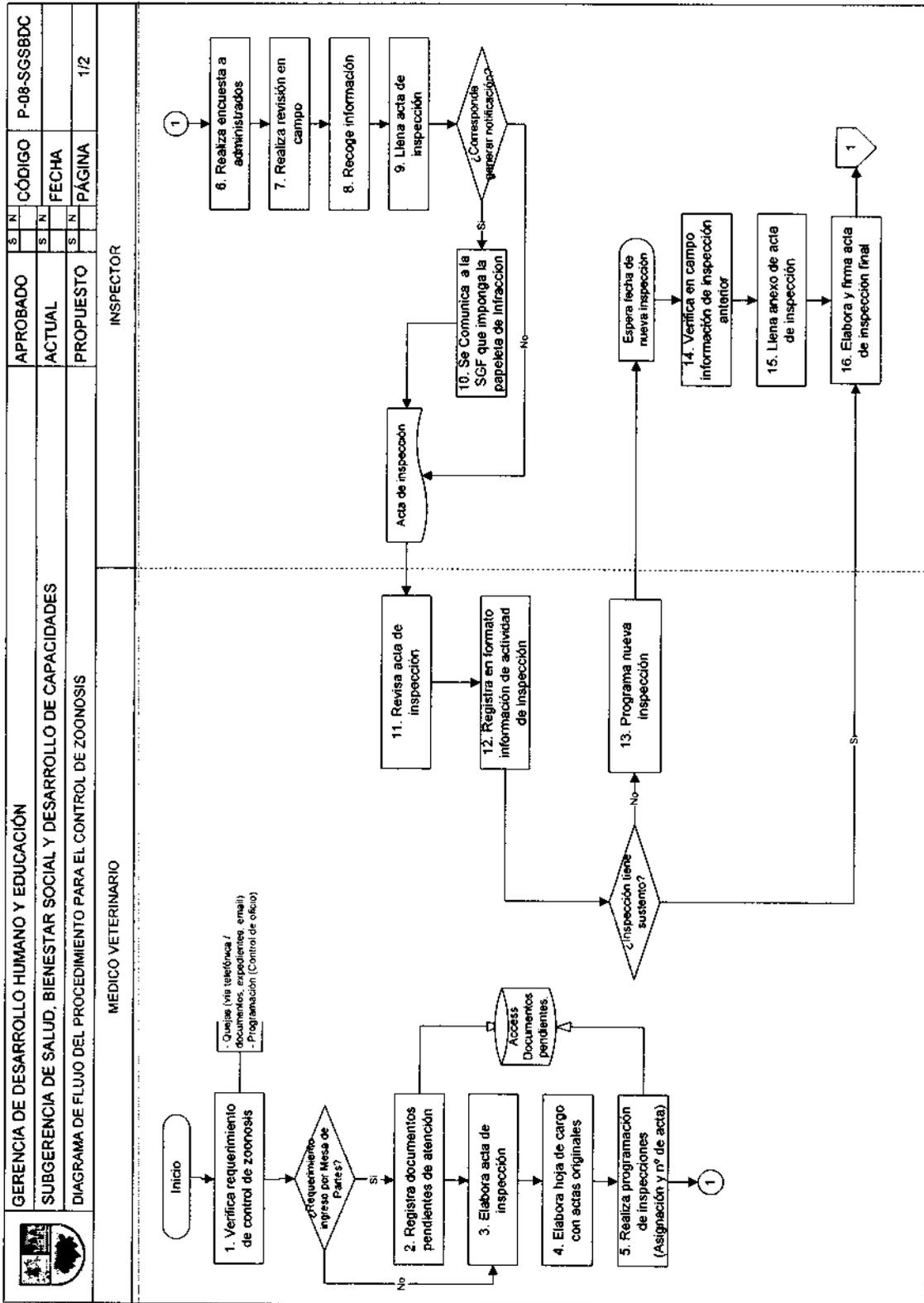
### 8.6. Anexos

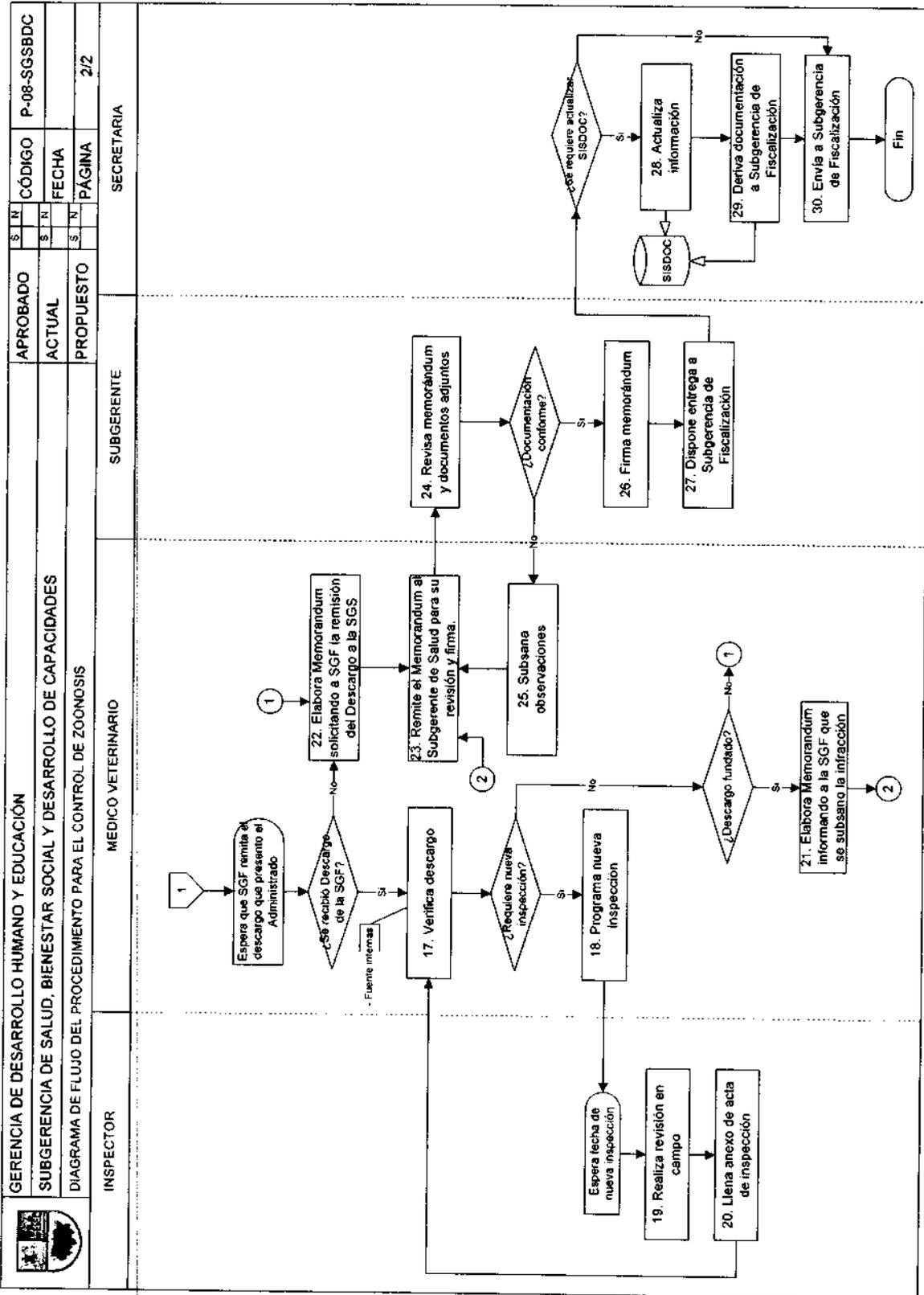
- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato de Acta de Inspección**





Anexo 1: Diagrama de Flujo







Anexo 2: Formato de Acta de Inspección

 MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EQUIPAMIENTO  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

ACTA DE INSPECCIÓN N° ..... 07 20... DHE SGSBDC MRS

OBSERVACIONES

FOCO DE SALIDA

TIPO DE ALIMENTACIÓN

TIPO DE REFUGIO

RECOMENDACION

FECHA DE

SANTIAGO DE SURCO    IX    DEL 20...





**9. Denominación:**

**PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LOS TALLERES PRODUCTIVOS Y OCUPACIONALES**

**9.1. Código:**

**P-06-SGSBDC**

**9.2. Finalidad:**

Promover y difundir talleres productivos para adultos, jóvenes en riesgo de cultura y niños de los asentamientos humanos y de la comunidad en general.

**9.3. Base legal:**

- a) Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS, Reglamento de Organización y Funciones (ROF)

**9.4. Requisitos:**

- a) Aprobación del Plan Operativo Institucional

**9.5. Descripción: P-06-SGSBDC**

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa de Talleres Productivos

**Paso 1.** Programa el desarrollo de los talleres que se van a realizar según el programa de actividades. **(Tiempo: 4 horas).**

**Paso 2.** Elabora el listado de asociaciones que participaran en los talleres. **(Tiempo: 30 minutos).**

**Paso 3.** Elabora las invitaciones para los representantes de asociaciones, local comunal, comité de vaso de leche y/o comedor popular. **(Tiempo: 2 horas).**

**Paso 4.** Realiza las gestiones necesarias para la participación de las asociaciones. **(Tiempo Mín: 1 hora, Tiempo Máx: 3 días).**

**Paso 5.** Coordina con la persona responsable de cada asociación vía telefónica y reuniones de gestión. **(Tiempo: 1 hora).**

**Paso 6.** Envía las invitaciones a las asociaciones para que participen en la reunión donde se les informará de los talleres. **(Tiempo: 2 horas).**





**Espera fecha programada para la reunión**

- Paso 7.** Recibe a los invitados y registra su asistencia. **(Tiempo: 20 minutos).**
- Paso 8.** Desarrolla la reunión informando acerca de los talleres, estableciendo reglas claras de los compromisos por asumir. **(Tiempo: 4 horas).**
- Paso 9.** Entrevista a cada participante de la reunión y elige a un coordinador para cada taller. **(Tiempo: 1 hora). Esta actividad se realiza al término de la reunión.**
- Paso 10.** Coordina con los profesores y los coordinadores de los talleres para establecer los horarios. **(Tiempo: 1 hora).**

**Espera fecha programada de inicio del taller**

- Paso 11.** Realiza el taller de acuerdo a lo programado. **(Tiempo Mín: 2 meses, Tiempo Máx: 4 meses).**
- Paso 12.** Evalúa a los participantes del taller. **(Tiempo: 3 horas).**

**Finalizado el taller.**

- Paso 13.** Promueve la comercialización de los productos en los stands de la Municipalidad y la participación en las ferias dominicales y esporádicas realizadas. **(Tiempo: 6 horas).**

**Espera al término del año.**

- Paso 14.** Elabora diseño de las constancias. **(Tiempo: 2 horas).**
- Paso 15.** Envía el diseño a la Gerencia de Imagen Institucional para su visado. **(Tiempo: 30 minutos). Lo envía en electrónico por correo, impreso o en CD.**



Gerencia de Comunicaciones e Imagen Institucional

- Paso 16.** Revisión y visado del diseño de la constancia. **(Tiempo mínimo: 2 días, Tiempo máximo: 7 días).**



Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del programa de Talleres Productivos

- Paso 17.** Recibe el diseño visado. **(Tiempo: 3 horas).**
- Paso 18.** Prepara las constancias para los participantes de los talleres y los imprime. **(Tiempo: 2 días).**



**Espera fecha programada para la entrega.**

- Paso 19.** Entrega las constancias a los participantes de los talleres. **(Tiempo Mín: 2 días, Tiempo Máx: 2 semanas).**





## Fin de procedimiento

### 9.6. Tiempo total estimado

**Tiempo mínimo: 2 meses 1 semana 4 días 7 horas 20 minutos**  
**Tiempo máximo: 5 meses 1 semana 6 horas 20 minutos**

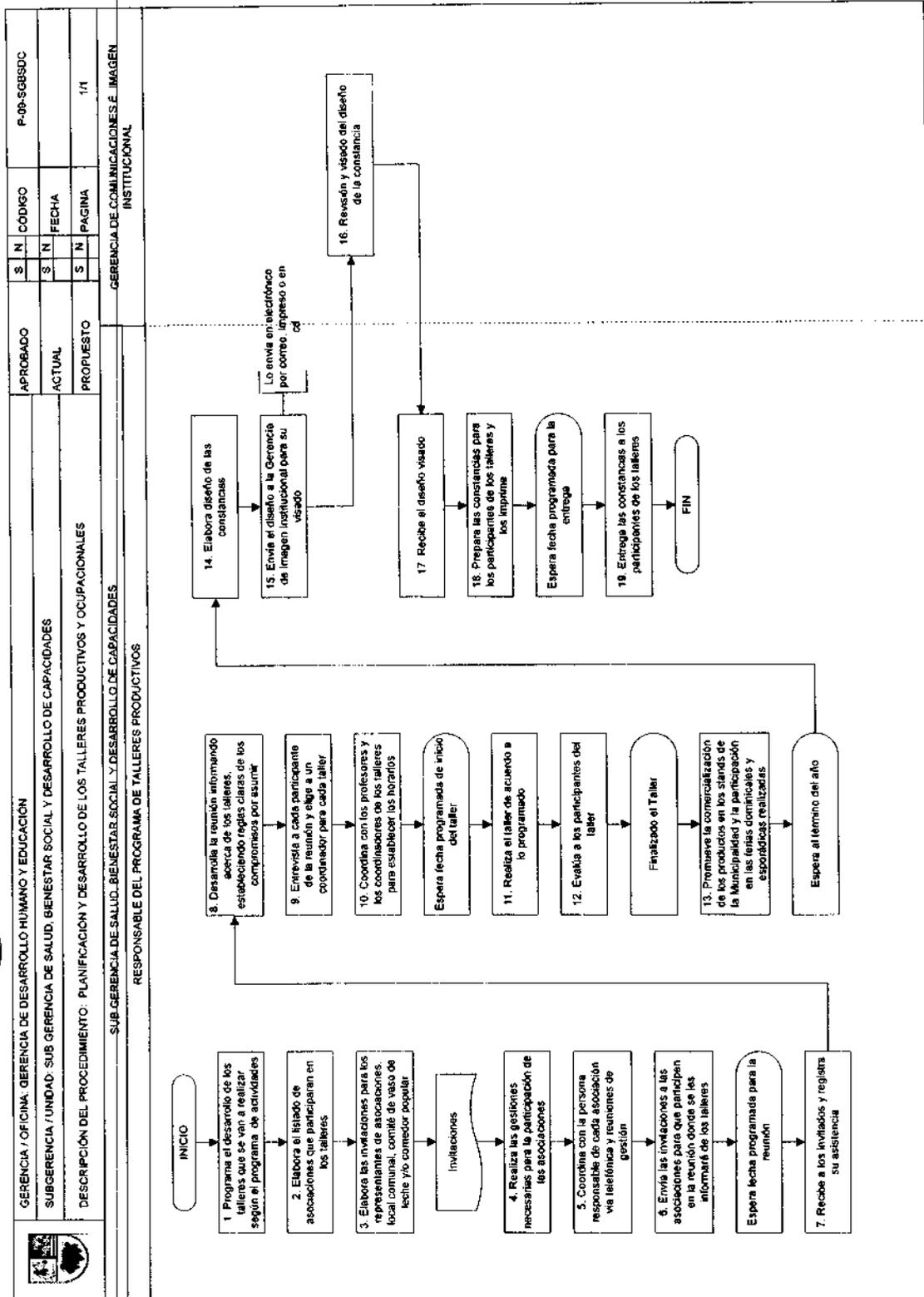
### 9.7. Anexos

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Hoja de Asistencia**
- c) Anexo 3: **Formato – Cuadro de Locales y Coordinadoras**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo





b) Anexo 2: Formato – Hoja de Asistencia

MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES  
PROGRAMA DE TALLERES PRODUCTIVOS

**HOJA DE ASISTENCIA**

Curso  
Taller

	Fecha	Presencia	Faltas	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				





c) Anexo 3: **Formato – Cuadro de Locales y Coordinadoras**

 MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACION  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES  
PROGRAMA DE TALLERES PRODUCTIVOS

CUADRO DE LOCALES Y COORDINADORAS

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				





**10. Denominación:**

**CAPACITACIÓN A LAS PERSONAS QUE MANIPULAN ALIMENTOS EN LOS COMEDORES POPULARES**

**10.1. Código:**

**P-17- SGSBDC**

**10.2. Finalidad:**

Capacitar permanentemente en el cuidado y la manipulación de los alimentos entregados en los comedores populares y Club de Madres a los comensales.

**10.3. Base legal:**

- a) Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS, Reglamento de Organización y Funciones (ROF)

**10.4. Requisitos:**

- a) Aprobación del Plan Operativo Institucional

**10.5. Descripción: P-17- SGSBDC**

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

**Cargo:** Responsable del Programa de Comedores Populares y Club de Madres

**Paso 1.** Coordina con diferentes instituciones para que participen en el desarrollo de los temas. **(Tiempo: 5 días)**

**Paso 2.** Elabora y entrega cartas a los especialistas solicitando el apoyo para el desarrollo de los temas relacionados a la manipulación de alimentos, seguridad alimentaria, loncheras nutritivas, autoestima, valores, etc. con mujeres de las OSB (Organizaciones Sociales de Base) **(Tiempo: 1 semana).**

**Paso 3.** Coordina las capacitaciones a realizarse, con las socias de los comedores y/o club de madres. **(Tiempo Mín: 4 horas, Tiempo Máx: 1 semana)**

**Paso 4.** Elabora estrategias de difusión de los talleres en los comedores populares y/o club de madres. **(Tiempo: 4 horas)**

**Paso 5.** Solicita movilidad para la difusión, el traslado del mobiliario, del equipo multimedia y especialista para la realización de la capacitación. **(Tiempo: 10 minutos)**





- Paso 6.** Coloca comunicados y/o panfletos informando la realización de los talleres en los comedores y/o club de madres. **(Tiempo mínimo: 1 hora, Tiempo máximo: 4 horas)**
- Paso 7.** Coordina con las diferentes áreas solicitando apoyo con materiales y mobiliario básico. **(Tiempo: 3 horas)**
- Paso 8.** Traslada mobiliario, sillas y equipo multimedia al local con apoyo del personal del área. **(Tiempo: 2 horas).**
- Paso 9.** Ordena mobiliario e instala equipo multimedia en el local con apoyo del personal del área. **(Tiempo: 30 minutos).**
- Paso 10.** Se traslada al personal y especialistas encargados de la realización del taller al lugar de la capacitación desde el local de la Municipalidad. **(Tiempo: 45 minutos)**

**Espera inicio del taller.**

- Paso 11.** Registra a los participantes. **(Tiempo: 20 minutos)**
- Paso 12.** Desarrollo del taller. **(Tiempo: 2 horas) Temas a desarrollar en los talleres: Manipulación de alimentos, seguridad alimentaria, loncheras nutritivas, autoestima, valores, etc.**

**Espera finalización del taller.**

- Paso 13.** Traslado y retorno de los especialistas, equipo y mobiliario hacia el lugar de origen. **(Tiempo: 40 minutos)**

Cargo: Nutricionista del Programa Comedores Populares

- Paso 14.** Seguimiento en los Comedores Populares y Club de Madres en la incorporación de los hábitos aprendidos en las capacitaciones realizadas en el año. **(Tiempo Mín: 4 horas, Tiempo Máx: 1 semana)**

**Fin del Procedimiento.**

#### 10.6. Tiempo total estimado

**Tiempo mínimo: 1 semana 5 días 22 horas 35 minutos**  
**Tiempo máximo: 3 semanas 5 días 17 horas 35 minutos**

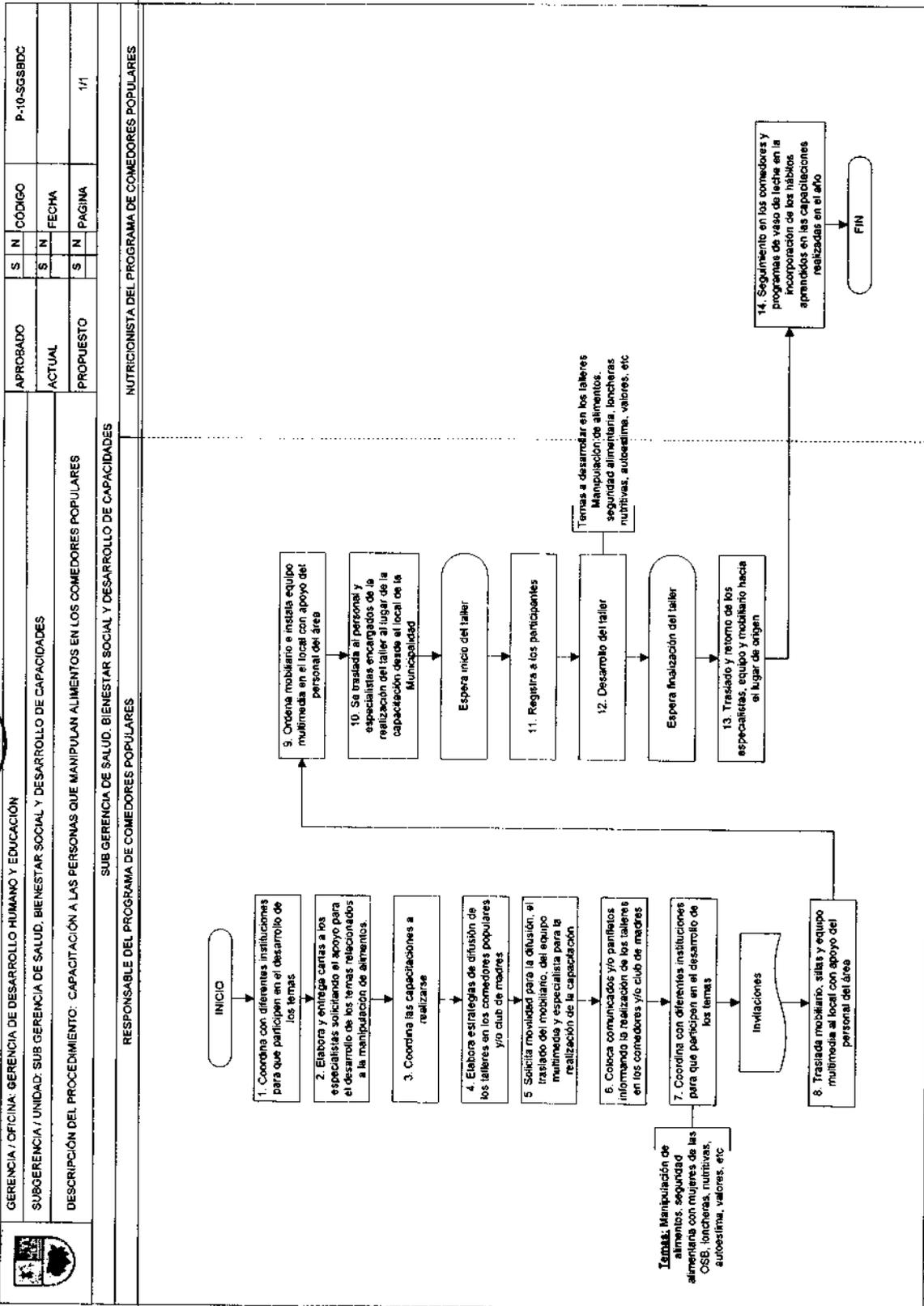
#### 10.7. Anexos

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**  
b) Anexo 2: **Formato – Registro de Participantes**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo







## 11. Denominación

### COMPRA DE INSUMOS PARA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN LOS COMVO

#### 11.1. Código:

**P-11- SGBDC**

#### 11.2. Finalidad:

Compra de alimentos para el abastecimiento del Comedor Modelo Vecinal Organizado – COMVO y atender a la población surcana de escasos recursos.

#### 11.3. Base legal:

- a) Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS, Reglamento de Organización y Funciones (ROF)

#### 11.4. Requisitos:

- a) Elaboración de bases y términos de referencia de la licitación

#### 11.5. Descripción: P-11- SGBSDC

#### Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del COMVO

**Paso 1.** Elaboración de bases para la convocatoria de la compra de insumos para atender 6 meses en el Comedor Modelo Vecinal Organizado - COMVO. **(Tiempo: 1 día)**

**Paso 2.** Actualización de precios para la elaboración de los términos de referencia. **(Tiempo Mín: 1 días, Tiempo Máx: 4 días)**

**Paso 3.** Envío de términos de referencia a la Subgerencia de Abastecimiento. **(Tiempo: 30 minutos)**

#### Subgerencia de Abastecimiento

**Paso 4.** Evaluaciones de Términos de referencia. **(Tiempo: 1 día)**

#### Inicio de convocatoria

**Paso 5.** Conformación del comité de evaluación. **(Tiempo: 1 día)**

**Paso 6.** Evaluación y conclusiones. **(Tiempo: 4 días)**

#### Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades





### Entrega de conformidades.

Cargo: Responsable del COMVO

**Paso 7.** Recepción de carta de ganador. **(Tiempo: 10 minutos)**

**Paso 8.** Incorporación de cambios y rectificaciones de administrado sobre los avances de la entrega por parte del proveedor. **(Tiempo: 7 días).**

### Fin del procedimiento

#### 11.6. Tiempo total estimado

**Mínimo: 2 semanas 1 día 40 minutos**

**Máximo: 2 semanas 4 días 40 minutos**

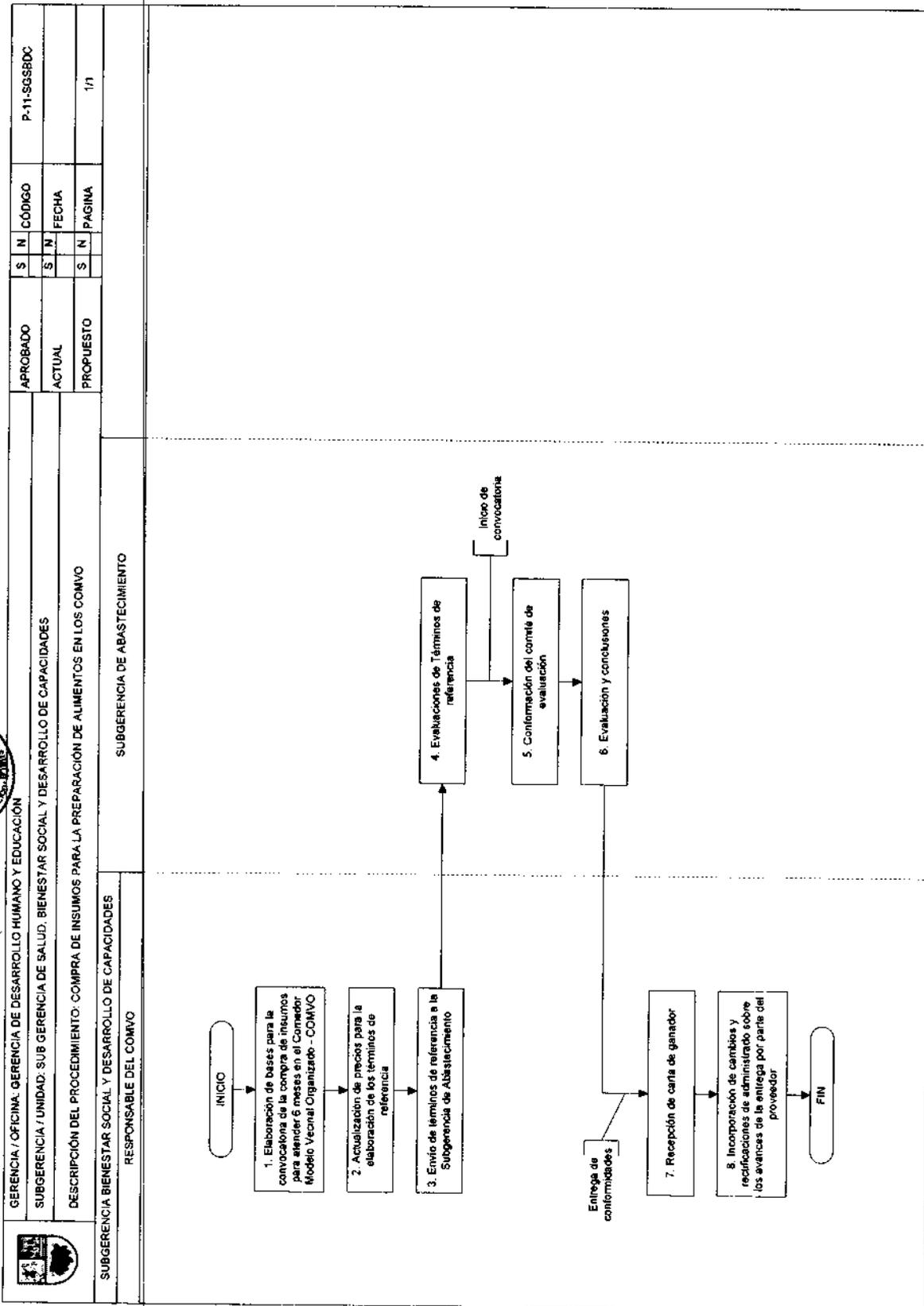
#### 11.7. Anexos

a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo





**12. Denominación**

**COMPRA DE INSUMOS PARA EL PROGRAMA DE VASO DE LECHE**

**12.1. Código:**

**P-12- SGSBDC**

**12.2. Finalidad:**

Compra de insumos para el Vaso de Leche y atender a la población surcana de escasos recursos.

**12.3. Base legal:**

- a) Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS, Reglamento de Organización y Funciones (ROF)

**12.4. Requisitos:**

- a) Elaboración de bases y términos de referencia de la licitación

**12.5. Descripción: P-12- SGSBDC**

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa del Vaso de Leche

**Paso 1.** Elaboración de bases para la convocatoria de insumos para la preparación del vaso de leche. **(Tiempo: 1 día)**

**Paso 2.** Actualización de precios para los términos de referencia de los insumos del vaso de leche. **(Tiempo Mín: 1 días, Tiempo Máx: 4 días).**

**Paso 3.** Envío de términos de referencia a la Subgerencia de Abastecimiento. **(Tiempo: 30 minutos)**

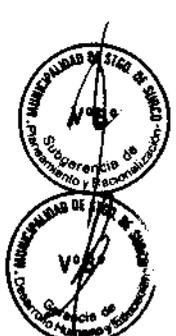
Subgerencia de Abastecimiento

**Paso 4.** Evaluaciones de Términos de referencia. **(Tiempo: 1 día)**

**Inicio de convocatoria**

**Paso 5.** Conformación del comité de evaluación. **(Tiempo: 1 día)**

**Paso 6.** Evaluación y conclusiones. **(Tiempo: 4 días)**





## Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

### **Entrega de conformidades.**

Cargo: Responsable del Programa de Vaso de Leche

**Paso 7.** Recepción de carta del ganador. **(Tiempo: 10 minutos)**

**Paso 8.** Incorporación de cambios y rectificaciones de administrado con respecto al cumplimiento de las consideraciones establecidas en el contrato. **(Tiempo: 7 días).**

### **Fin del procedimiento**

#### **12.6. Tiempo total estimado**

**Mínimo: 2 semanas 1 día 40 minutos**

**Máximo: 2 semanas 4 días 40 minutos**

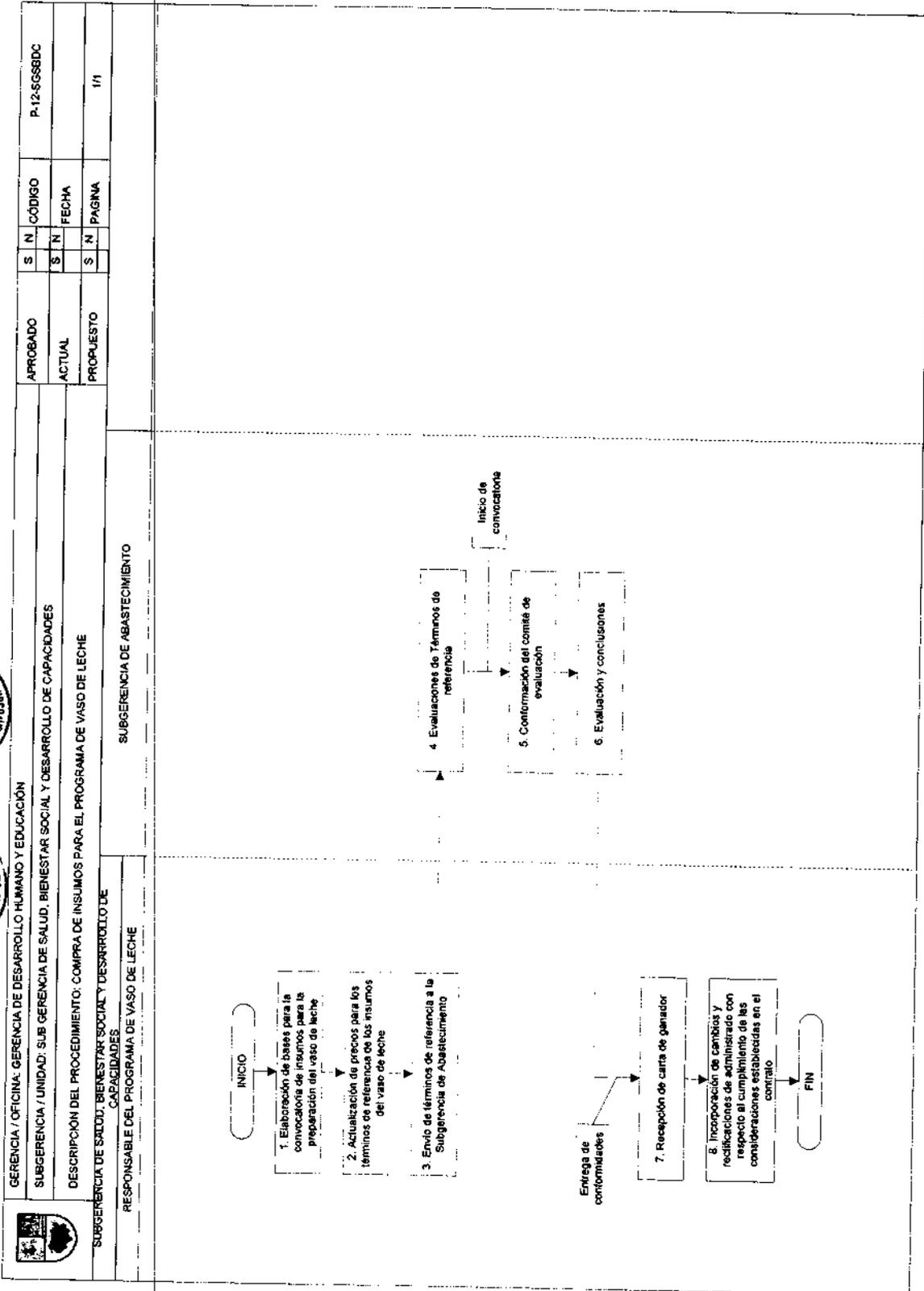
#### **12.7. Anexos**

a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo





### 13. Denominación:

#### EVALUACIÓN DE BUSCADORES DE EMPLEO

##### 13.1. Código:

**P-13-SGSBDC**

##### 13.2. Finalidad:

Selección de postulantes acorde a sus capacidades y habilidades.

##### 13.3. Base legal:

- a) Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS – Reglamento de Organización y Funciones

##### 13.4. Requisitos:

- a) Aprobación del Plan Operativo Institucional.

##### 13.5. Descripción: P-20-SGSBDC

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Surco Laborando

**Paso 1.** Elabora diseño del aviso del programa de Surco Laborando que se va a difundir en Revista y página WEB. **(Tiempo: 2 horas)**

**Paso 2.** Envía diseño en CD a la Gerencia de Imagen Institucional para publicación en la Revista y en la página WEB. **(Tiempo: 40 minutos).**

Gerencia de Comunicaciones e Imagen Institucional

**Paso 3.** PROCEDIMIENTO PARA PREPARACION DE MATERIAL IMPRESO INFORMATIVO DE LA CORPORACION MUNICIPAL. **(Tiempo Mín: 375 minutos, Tiempo Máx: 430 minutos).**

**Paso 4.** PROCEDIMIENTO PARA PUBLICACION DE MATERIAL INFORMATIVO EN PAGINA WEB Y/O I INTRANET. **(Tiempo Mín: 630 minutos, Tiempo Máx: 740 minutos).**

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Surco Laborando

**Espera la asistencia del beneficiario a las instalaciones del programa Surco Laborando**

**Paso 5.** Inscribe al beneficiario en la Ficha de Registro de postulante. **(Tiempo: 25 minutos).**





Postulante

**Paso 6.** Llena Declaración Jurada de Domicilio. **(Tiempo: 20 minutos).**

Subgerencia de Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Surco Laborando

**Paso 7.** Llena la credencial del postulante. **(Tiempo: 30 minutos)**

**Paso 8.** Coloca el número correlativo de inscripción. **(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 9.** Aplica las pruebas psicológicas correspondientes al postulante. **(Tiempo: 1 hora).**

**Paso 10.** Revisa y analiza las pruebas psicológicas. **(Tiempo: 25 minutos).**

**Paso 11.** Compagina pruebas, documentos personales, Curriculum vitae y arma expediente. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 12.** Ingresa los datos básicos del postulante en la Base de Datos de Excel. **(Tiempo: 5 minutos).**

**Paso 13.** Cita a los beneficiarios para capacitarlos en temas de autoconfianza y autovalores y puedan rendir mejor su desarrollo personal. **(Tiempo Mín: 10 minutos, Tiempo Máx: 3 días)**

**Paso 14.** Realiza la capacitación. **(Tiempo: 1 hora)**

**Paso 15.** Entrega de credencial de postulante. **(Tiempo: 15 minutos)**

**Paso 16.** Archiva expediente del postulante hasta que se presente una nueva oportunidad. **(Tiempo: 20 minutos)**

**Fin del procedimiento.**

**13.6. Tiempo total estimado**

**Mínimo: 1 día 20 minutos**

**Máximo: 4 días 2 horas 55 minutos**

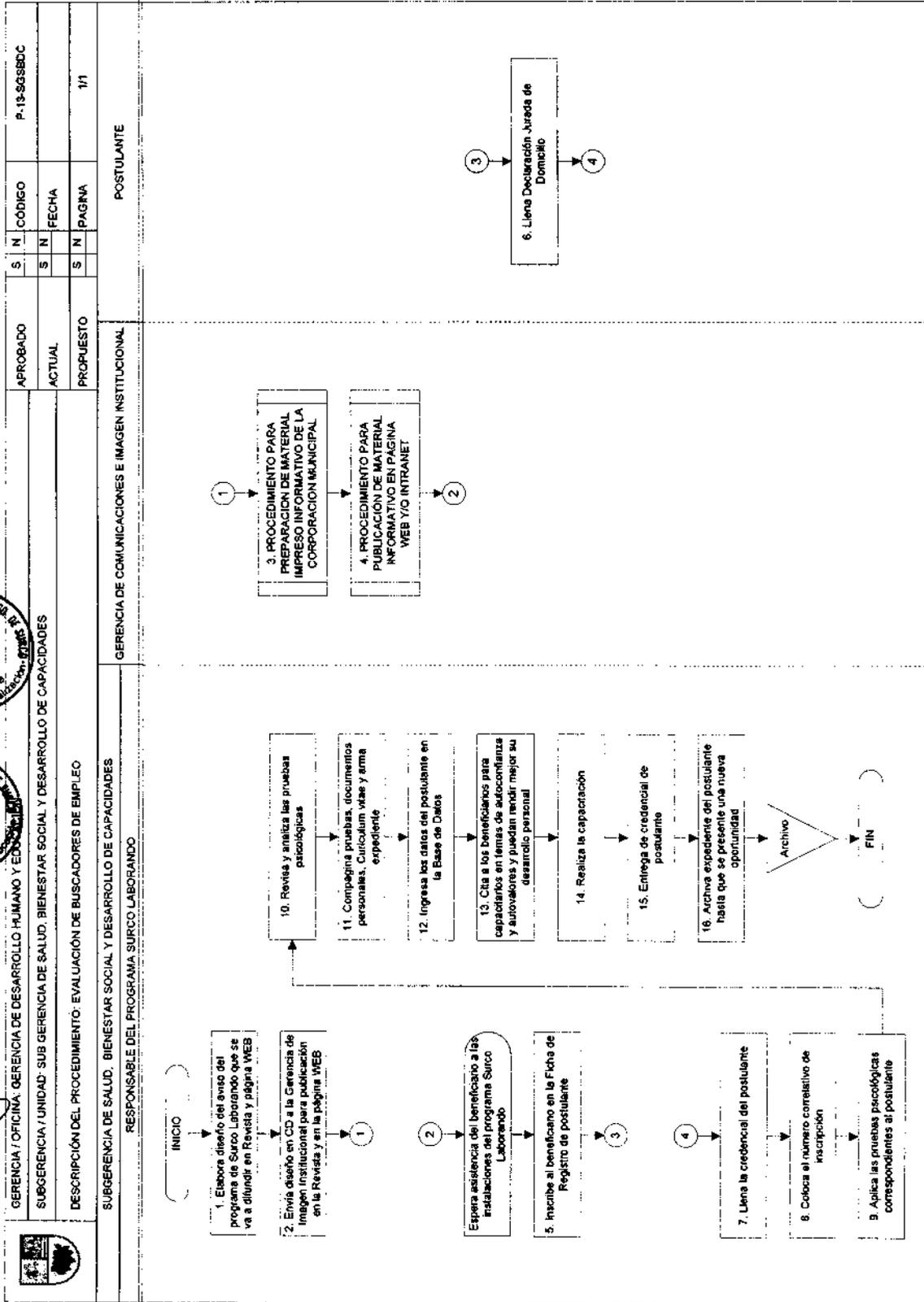
**13.7. Anexos**

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Registro de Postulante**
- c) Anexo 3: **Formato – Credencial del Postulante**
- d) Anexo 4: **Formato – Declaración Jurada de Domicilio**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo





b) Anexo 2: Formato – Registro de Postulante



MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

## REGISTRO DE POSTULANTE

N° INSC.

DIA  MES  AÑO

**1. IDENTIFICACION DEL POSTULANTE**

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> OTRO	N°		
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR		PROVINCIA	
DIA <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>	
EDAD <input style="width: 30px;" type="text"/>	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTATURA <input style="width: 40px;" type="text"/>		PESO <input style="width: 40px;" type="text"/>	
SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	VUOLVO <input type="checkbox"/>

**2. DIRECCION Y TELEFONO**

CALLE/JIRÓN/AVENIDA		CANTON/URB		DISTRITO	
<input style="width: 100px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>	
TELEFONO		PROPIO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PRESTANTAR POR	
<input style="width: 100px;" type="text"/>		<input style="width: 100px;" type="text"/>			
CORREO ELECTRONICO					
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					

**3. ESTUDIOS**

**A. MAXIMO NIVEL GRADO DE ESTUDIOS**

NINGUNO <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	SEC. SUPERIOR <input type="checkbox"/>	SEC. TECNICA <input type="checkbox"/>
INST. SUP. TECN. <input type="checkbox"/>	INST. SUP. PEDAG. <input type="checkbox"/>	CEC <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/>	BASICA LABORAL <input type="checkbox"/>

CENTRO DE ESTUDIOS

ESPECIALIDAD

CONCLUYÓ LOS ESTUDIOS?  SI  NO AÑO N.º DE GRADO MAXIMO OBTENIDO

GRADO O TITULO OBTENIDO

**B. OTROS ESTUDIOS O CAPACITACION RECIBIDA**

CARRERA (O AFILIACION)	CENTRO DE ESTUDIOS	ESTUDIO CONCLUIDO	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

COMPUTACION  BASICO  INTERMEDIO  AVANZADO

IDIOMAS INGLÉS  BASICO  INTERMEDIO  AVANZADO

BASICO  INTERMEDIO  AVANZADO

LICENCIA DE CONDUCIR  SI  NO CATEGORIA







c) Anexo 3: Formato – Credencial del Postulante

SEGUIMIENTO PERSONALIZADO

Emitión de cartas de presentación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Municipalidad de Santiago de Surco

CERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL / DESARROLLO DE CAPACIDADES



Av. Caminos del Inca, obra 21  
Parque de la Amistad "Mina Gráfica Ottone"  
Email: [subgerencia@munisurco.gob.pe](mailto:subgerencia@munisurco.gob.pe)  
Teléfono: 471-5560 anexo 4112  
RUC: 834510777



---

SURCOLABORANDO

Nº de Inscripción \_\_\_\_\_

Datos Generales:

Honores: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Fecha Emisión: \_\_\_\_\_

Fecha Caducidad: \_\_\_\_\_

Opciones Laborales:

Opción 1: \_\_\_\_\_

Opción 2: \_\_\_\_\_

Opción 3: \_\_\_\_\_

Evaluación Psicológica: \_\_\_\_\_

Firma del Consultor: \_\_\_\_\_

Externo  Surco  Otra B

Es obligatoria la presentación de este documento al momento de solicitar alguna vacante





d) Anexo 4: **Formato – Declaración Jurada de Domicilio**

**DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO**

(Ley N° 28882 Ley de la Simplificación de la Certificación Domiciliaria)

Yo,.....  
 Identificado con.....

En pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos y de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 28882, Ley de Simplificación de la certificación Domiciliaria, Artículo 1°

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que mi domicilio actual se encuentra ubicado en .....

El motivo de la presente declaración jurada de domicilio es porque constituye un requisito indispensable para trámite del Trabajo ( ) Estudio ( ) Trámite administrativo ( ) Otros especificar.....

Realizo la presente declaración Jurada manifestando que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación de lo declarado.

En caso de falsedad declaro haber incurrido en el Delito Contra la Fé Pública, Falsificación de Documentos, Artículo 427° del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV, inciso 1, principio de presunción de veracidad del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

..... de ..... del.....

.....



HUELLA DIGITAL  
 INDICE DERECHO





#### 14. Denominación:

### COLOCACIÓN LABORAL DE BUSCADORES DE EMPLEO

#### 14.1. Código:

**P-14- SGSBDC**

#### 14.2. Finalidad:

Elaboración de un registro de postulantes a través de la base de datos del Programa Surco Laborando.

#### 14.3. Base legal:

- a) Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS, Reglamento de Organización y Funciones (ROF)

#### 14.4. Requisitos:

- a) Aceptación de las empresas para participar en el programa Surco Laborando.

#### 14.5. Descripción: P-14- SGSBDC

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable de Programa Surco Laborando

**Paso 1.** Recibe formato de Registro de Postulante llenada por el postulante. **(Tiempo: 20 minutos)**

**Paso 2.** Evalúa la base de datos según los requerimientos de la empresa. **(Tiempo: 50 minutos)**

**Paso 3.** Verifica el perfil de los postulantes según empresa. **(Tiempo: 30 minutos)**

**Paso 4.** Cita telefónicamente a los postulantes y les indica la fecha en que deben presentarse. **(Tiempo Mín: 20 minutos, Tiempo Máx: 1 día)**

**Espera la fecha indicada.**

**Paso 5.** Recibe a los postulantes en las instalaciones del programa Surco Laborando. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 6.** Entrevista a cada postulante y le informa sobre la oferta laboral. **(Tiempo: 45 minutos).**

**Paso 7.** Entrega el Formato de Colocación al postulante para que sea llenada. **(Tiempo: 45 minutos).**





**Espera que el participante llene el formato.**

**Paso 8.** Indica el nombre de la empresa, dirección, persona que lo entrevistará y el puesto al que postula. **(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 9.** Entrega al postulante una credencial para que se identifique. **(Tiempo: 10 minutos).**

Postulante

**Paso 10.** Se dirige a la empresa para el proceso de selección. **(Tiempo: 50 minutos).**

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Surco Laborando

**Paso 11.** Llama a la empresa para confirmar la colocación del postulante. **(Tiempo Mín: 5 minutos, Tiempo Máx: 3 días).**

**¿Se confirma la colocación del postulante en la empresa?**

**Si = Paso 12**

**No = Paso 3**

**Paso 12.** Actualiza Base de Datos en Excel. **(Tiempo: 5 minutos)**

**Fin del Procedimiento.**

**14.6. Tiempo total estimado**

**Mínimo: 5 horas 10 minutos**

**Máximo: 4 días 4 horas 45 minutos**

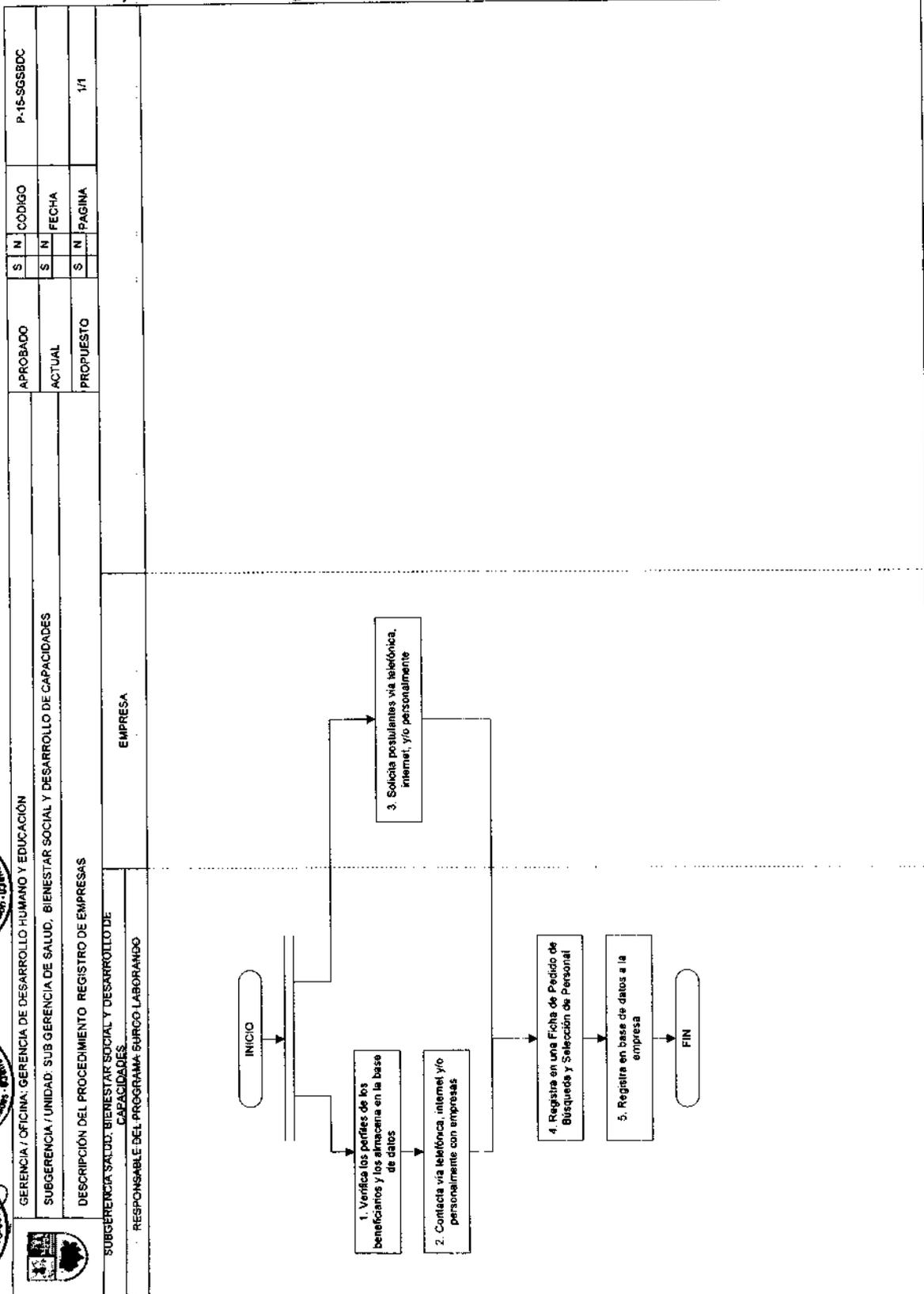
**14.7. Anexos**

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Registro de Postulante**
- c) Anexo 3: **Formato de Colocación**
- d) Anexo 4: **Formato – Credencial del Postulante**
- e) Anexo 5: **Formato – Registro de Colocados**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo





b) Anexo 2: Formato – Registro de Postulante

MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
 GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN  
 SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

## REGISTRO DE POSTULANTE

N° INSC:

DIA:  MES:  AÑO:

### 1. IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

DNI  LM  OTRO:

APELLIDO PATERNO:  APELLIDO MATERNO:  NOMBRES:

FECHA DE NACIMIENTO:  DIA  MES  AÑO  LUGAR:  DEPARTAMENTO:  PROVINCIA:

EDAD:  SEXO:  F  M ESTATURA:  PESO:

SOLTERO  CASADO  CONVIVIENTE  SEPARADO  DIVORCIADO  VIUDO

### 2. DIRECCION Y TELEFONO

CALLE / JIRÓN / AVENIDA:  N.º DE CALLE:  DISTRITO:

TELEFONO:  PROPIO  S  NO  PRECANTAR POR:

CORREO ELECTRONICO:

### 3. ESTUDIOS

#### A. MAXIMO NIVEL O AÑO DE ESTUDIOS

NINGUNO  PRIMARIA  SECUNDARIA  SEC. COMERCIAL  SEC. TECNICA

INST. SUP. TECN.  INST. SUP. PEDAG.  UNIV.  UNIVERSITARIA  BASICA LABORAL

CENTRO DE ESTUDIOS:

ESPECIALIDAD:

CONCLUYÓ LOS ESTUDIOS?  S  NO  AÑO DE OBTENCION O MAXIMO APROBADO:

GRADO O TITULO OBTENIDO:

#### B. OTROS ESTUDIOS O CAPACITACION SEMIBICA

CARRERA O ACTIVIDAD	CENTRO DE ESTUDIOS	ESTUDIO CONCLUIDO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> NO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> NO

COMPUTACION:  BASICO  INTERMEDIO  AVANZADO

IDIOMAS: INGLÉS  BASICO  INTERMEDIO  AVANZADO

LICENCIA DE CONDUCIR:  SI  NO CATEGORIA:







c) Anexo 3: **Formato de Colocación**

Municipalidad de Santiago de Surco

## Surco Laborando

Institución y/o Empresa .....

Entrevista con: .....

Dirección: .....

Referencia: .....

Postula a: .....

Firma del consultor





d) Anexo 4: **Formato – Credencial del Postulante**

SEGUIMIENTO PERSONALIZADO

Emisión de cartas de presentación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Municipalidad de Santiago de Surco

GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACION  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES



**Surcolaborando**  
Trabajando juntos

Av. Cantinos del Inca, cora 21  
Parque de La Amistad, Maná Grande Otazú  
E-mail: [surcolaborando@municipalsurco.gob.pe](mailto:surcolaborando@municipalsurco.gob.pe)  
Teléfono: 411-2522 anexo 4112  
R.P.C. B94910777



---

SURCOLABORANDO

Nº de inscripción: \_\_\_\_\_

Datos Generales:

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Fecha Emisión \_\_\_\_\_

Fecha Caducidad \_\_\_\_\_

Opciones Laborales:

Opción 1: \_\_\_\_\_

Opción 2: \_\_\_\_\_

Opción 3: \_\_\_\_\_

Evaluación Psicológica: \_\_\_\_\_

Firma del Consultor: \_\_\_\_\_

Externo  Surco  Otra B

Es abogada la presentación de este documento al momento de solicitar alguna vacante











## 15. Denominación:

### REGISTRO DE EMPRESAS

#### 15.1. Código:

**P-15- SGSBDC**

#### 15.2. Finalidad:

Contactar con las diferentes empresas que requieren personal para un puesto de trabajo.

#### 15.3. Base legal:

- Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades
- Ordenanza N° 396-MSS, Reglamento de Organización y Funciones (ROF)

#### 15.4. Requisitos:

- Información en cd y documento en físico

#### 15.5. Descripción: P-15- SGSBDC

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

**Pasos 1 y 3 se realizan en paralelo**

Cargo: Responsable del Programa Surco Laborando

**Paso 1.** Verifica los perfiles de los beneficiarios y los almacena en la base de datos. **(Tiempo: 20 minutos)**

**Paso 2.** Contacta vía telefónica, internet y/o personalmente con empresas. **(Tiempo Mín: 10 minutos, Tiempo Máx: 3 días). Continúa en Paso 4**

Empresa

**Paso 3.** Solicita postulantes vía telefónica, internet, y/o personalmente. **(Tiempo Mín: 10 minutos, Tiempo Máx: 4 horas). Continúa en Paso 4**

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Surco Laborando

**Paso 4.** Registra en una Ficha de Pedido de Búsqueda y Selección de Personal. **(Tiempo: 10 minutos).**





**Paso 5.** Registra en base de datos a la empresa. **(Tiempo: 10 minutos)**

**Fin del procedimiento.**

### 15.6. Tiempo total estimado

**Mínimo: 60 minutos**

**Máximo: 3 días 4 horas 40 minutos**

### 15.7. Anexos

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Ficha de Pedido de Búsqueda y Selección de Personal**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo

    		APROBADO ACTUAL PROPUESTO		S N S N S N	CÓDIGO FECHA PAGINA	P-16-SGSBDC  1/1
GERENCIA / OFICINA: GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN SUBGERENCIA / UNIDAD: SUB GERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: REGISTRO DE EMPRESAS SUBGERENCIA SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES RESPONSABLE DEL PROGRAMA SURCO LABORANDO						
<pre> graph TD     INICIO([INICIO]) --&gt; S1[1. Verifica los perfiles de los beneficiarios y los almacena en la base de datos]     S1 --&gt; S2[2. Contacta vía telefónica, internet y/o personalmente con empresas]     S2 --&gt; S3[3. Solicita postulantes vía telefónica, internet, y/o personalmente]     S3 --&gt; S4[4. Registra en una Ficha de Pedido de Búsqueda y Selección de Personal]     S4 --&gt; S5[5. Registra en base de datos a la empresa]     S5 --&gt; FIN([FIN])           </pre>						



b) Anexo 2: **Formato – Ficha de Pedido de Búsqueda y Selección de Personal**

### PEDIDO DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE PERSONAL

Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

**PUESTO O VACANTE REQUERIDO**

DENOMINACIÓN: \_\_\_\_\_

Nº DE VACANTES: \_\_\_\_\_ VIGENCIA DE LA VACANTE Hasta \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

PRINCIPALES TAREAS Y RESPONSABILIDADES DEL PUESTO:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

REMUNERACIÓN: S/ \_\_\_\_\_ A TRATAR \_\_\_\_\_ HORARIO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

PERIODICIDAD:  DIA  SEM  TD  15  30 \_\_\_\_\_ DISTRITO EN EL QUE LABORARÁ \_\_\_\_\_

PUESTO NUEVO  PUESTO TEMPORAL  REMPLAZO

**IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR / EMPRESA**

NOMBRE / RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

DNI / RUC: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

CONTACTO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

PREGUNTAR POR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

**REQUISITOS**

**INSERCIÓN**

SIN INSTRUCCIÓN	DEO TÉCNICA	SUPERIOR NO UNIV.
PRIMARIA	SEC. COMERCIA	UNIVERSITARIA
SECUNDARIA	BASICA LABORA.	OTRA

**ESPECIALIDAD** \_\_\_\_\_

**OTROS**

EXPERIENCIA: \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCCIÓN:  SI  NO

ZONA DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

APTITUDES PERSONALES: \_\_\_\_\_

CONSULTOR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_





### RESULTADOS DE LA BUSQUEDA Y SELECCIÓN

CANTIDAD DE PERSONAL SOLICITADO

CANTIDAD DE PERSONAL ENVIADO

CANTIDAD DE PERSONAL COLOCADO






## 16. Denominación:

### PLANIFICACIÓN DE TALLERES DE ASESORÍA Y CAPACITACIÓN (SURCO LABORANDO)

#### 16.1. Código:

**P-16- SGSBDC**

#### 16.2. Finalidad:

Capacitación, asesoría grupal y/o individual en temas laborales para conseguir empleo.

#### 16.3. Base legal:

- Ley N° 27972 Ley Orgánica de Municipalidades
- Ordenanza N° 396-MSS, Reglamento de Organización y Funciones (ROF)

#### 16.4. Requisitos:

- Aprobación del Plan Operativo Institucional.

#### 16.5. Descripción: P-16-SGSBDC

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Surco Laborando

**Paso 1.** Programa el desarrollo del taller de asesoría y capacitación para los postulantes. **(Tiempo: 40 minutos)**

**Paso 2.** Gestiona los materiales y equipos necesarios para la realización del taller. **(Tiempo: 1 día).**

**Paso 3.** Cita a postulantes para que participen en los talleres de asesoría y capacitación. **(Tiempo Mín: 30 minutos, Tiempo Máx: 4 horas)**

#### Espera al inicio del taller

**Paso 4.** Recibe a los postulantes y les pide que se registren en el Registro de Asistencia. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 5.** Presenta el programa Surco Laborando. **(Tiempo: 5 minutos)**

**Paso 6.** Presenta a los colaboradores de Surco Laborando. **(Tiempo: 5 minutos)**

**Paso 7.** Informa de las actividades del Programa Surco Laborando. **(Tiempo: 10 minutos).**





- Paso 8.** Presenta el Tema con el nombre Asesoría de la Búsqueda de Empleo. **(Tiempo: 20 minutos).**
- Paso 9.** Desarrolla los temas en forma teórica. **(Tiempo: 40 minutos)**
- Paso 10.** Aplica dinámicas de grupo y técnicas de relajación. **(Tiempo: 20 minutos). Los postulantes participan durante el desarrollo de las actividades.**
- Paso 11.** Entrega a los beneficiarios un formato para que completen información adicional sobre sus vocaciones y pretensiones futuras. **(Tiempo: 20 minutos).**
- Paso 12.** Comunica a los beneficiarios para que se acerquen al local de Surco Laborando para su colocación en el mercado laboral. **(Tiempo: 5 minutos)**

#### **Espera al término del taller**

- Paso 13.** Brinda información, asesoría y consultoría a los beneficiarios que se quedan después del taller. **(Tiempo: 20 minutos)**

#### **Fin del Procedimiento.**

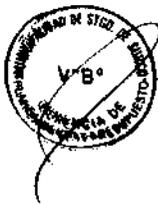
#### **16.6. Tiempo total estimado**

**Mínimo: 1 día 3 horas 55 minutos**

**Máximo: 1 día 7 horas 25 minutos**

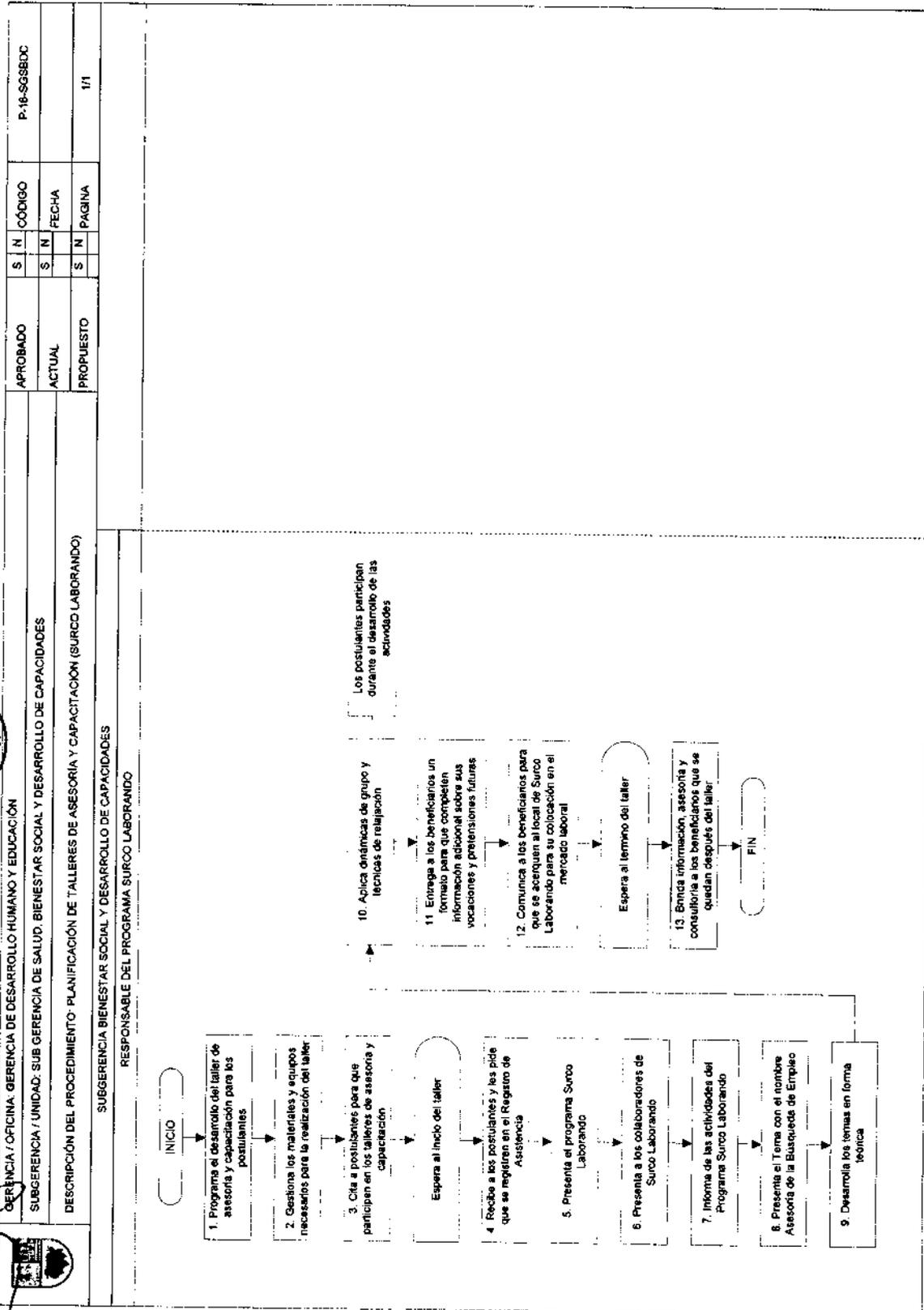
#### **16.7. Anexos**

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Registro de Asistencia**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo







## 17. Denominación:

### REGISTRO Y CARNETIZACION A LOS ADULTOS MAYORES

#### 17.1. Código:

**P-17- SGSBDC**

#### 17.2. Finalidad:

Contar con un registro organizado de los beneficiarios y/o participantes del programa. Las personas Adultas Mayores cuenten con un documento que los identifique y brinde beneficios.

#### 17.3. Base legal:

- Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades
- Ordenanza N° 396-MSS – Reglamento de Organización y Funciones
- Ley de Municipalidades 27972 art 84
- Ley de las personas Adultas Mayores 28803
- Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid 2002
- RM 513-2004 MIMDES
- RM 613-2007 MIMDES y anexos

#### 17.4. Requisitos:

- Correo electrónico del solicitante

#### 17.5. Descripción: P-17- SGSBDC

##### Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Adulto Mayor

**Paso 1.** Elabora diseño del fotocheck y lo envía a la Gerencia de Comunicaciones e Imagen Institucional para su aprobación. **(Tiempo: 1 día)**

##### Gerencia de Comunicaciones e Imagen Institucional

**Paso 2.** Aprueba diseño de fotocheck. **(Tiempo Mín: 2 días, Tiempo Máx: 7 días).**

##### Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Adulto Mayor

**Paso 3.** Elabora diseño de material publicitario para la difusión del registro de los adultos mayores, así mismo elabora material que se incluirá en la revista. **(Tiempo: 1 día).**





**Paso 4.** Envía diseño a la Gerencia de Comunicaciones e Imagen Institucional para aprobación. **(Tiempo: 20 minutos)**

Gerencia de Comunicaciones e Imagen Institucional

**Paso 5.** Aprueba diseño de material publicitario y material informativo para la revista. **(Tiempo Mín: 2 días, Tiempo Máx: 7 días).**

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Adulto Mayor

**Paso 6.** Imprime material publicitario y organiza la distribución de los mismos. **(Tiempo: 2 días).**

**Paso 7.** Realiza la difusión del registro a través de las presidentas de los grupos de adulto mayor por medio de trípticos. **(Tiempo Mín: 2 horas, Tiempo Máx: 3 días).**

**Espera llegada de los beneficiarios para su registro.**

**Paso 8.** Registra al beneficiario en el Registro de Carne del Programa “Adulto Mayor”. **(Tiempo: 10 minutos)**

**Paso 9.** Toma fotografía al beneficiario con la cámara digital y lo descarga a la computadora. **(Tiempo: 30 minutos).**

**Paso 10.** Consigna los datos respectivos y genera el Carné según listado de las personas que recibirán dicha identificación. **(Tiempo: 30 minutos).**

**Paso 11.** Entrega Carné al beneficiario. **(Tiempo: 5 minutos).**

**Fin del Procedimiento.**

**17.6. Tiempo total estimado**

**Mínimo: 1 semana 1 día 3 horas 35 minutos**

**Máximo: 3 semanas 4 días 1 hora 35 minutos**

**17.7. Anexos**

- Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- Anexo 2: **Formato – Registro de Carné del Programa “Adulto Mayor”**
- Anexo 3: **Formato – Carné**









c) Anexo 3: **Formato – Carné**

Adulto

Municipalidad de Santiago de Surco

Programa  
**Adulto Mayor**

D.N.I.:  
Domicilio:  
Vigencia:

SURCO





## 18. Denominación:

### INFORME SOCIAL DEL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR

#### 18.1. Código:

**P-18- SGSBDC**

#### 18.2. Finalidad:

Brindar atención individualizada a las Personas adultas Mayores que presentan problemas socio familiares económicos o de salud.

#### 18.3. Base legal:

- a) Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS – Reglamento de Organización y Funciones
- c) Ordenanza 175 - MSS – Aprueban Ordenanza que crea Fondo para casos y obras sociales

#### 18.4. Requisitos:

- a) Aprobación en el Plan Operativo Institucional.

#### 18.5. Descripción: P-18- SGSBDC

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Trabajadora social del programa de Adulto Mayor.

**Paso 1.** Recibe al beneficiario y toma conocimiento del caso. **(Tiempo: 40 minutos).**

**Paso 2.** Registra los datos del agraviado y/o informante en la Ficha Social. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 3.** Programa visitas domiciliarias para evaluar el caso. **(Tiempo: 20 minutos).**

#### Espera fecha programada

**Paso 4.** Se dirige a la zona programada. **(Tiempo Mín: 40 minutos, Tiempo Máx: 5 días). Puede tomar hasta 5 días realizar la visita debido a que no siempre se ubica al beneficiario.**

**Paso 5.** Entrevista al beneficiario para saber la situación del mismo. **(Tiempo: 50 minutos).**

**Paso 6.** Toma conocimiento de la situación del beneficiario y realiza las anotaciones necesarias. **(Tiempo: 50 minutos).**

**Paso 7.** Retorna al local del DEMUPAM. **(Tiempo: 40 minutos).**





**Paso 8.** Elabora Informe Social donde registra las necesidades y servicios requeridos por el Adulto Mayor. **(Tiempo Mín: 40 minutos, Tiempo Máx: 5 horas)**

**Paso 9.** Coordina con instituciones para atender las necesidades y/o actividades que presenta el programa del Adulto Mayor. **(Tiempo Mín: 25 minutos, Tiempo Máx: 5 días).**

**Fin del Procedimiento.**

#### 18.6. Tiempo total estimado

**Mínimo: 5 horas 25 minutos**

**Máximo: 1 semana 3 días 8 horas 40 minutos**

#### 18.7. Anexos

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Ficha Social**
- c) Anexo 3: **Formato – Informe Social**







b) Anexo 2: Formato – Ficha Social

**FICHA DE DIAGNOSTICO SOCIAL**

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº CASO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nº E.C.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

1 **DATOS PERSONALES:**  
 DOC. IDEN \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ DNYTR \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 DISTRITO \_\_\_\_\_ REFERENCIA \_\_\_\_\_

2 **OCUPACION**  
 ESTABLE  CONTRATADO  EVENTUAL   
 SU CASA  INDEPENDIENTE  DESEMPLEADO   
 ESTUDIOS: SI  NO  ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

3 **ESTADO CIVIL**  
 CASADO  SOLTERO  SEPARADO   
 MADRE SOLTERA  VIUDO  CONVIVIENTE

4 **CARGA FAMILIAR**  
 \_\_\_\_\_

5 **OCUPACION DEL CONYUGE**  
 ESTABLE  CONTRATADO  EVENTUAL   
 SU CASA  INDEPENDIENTE  DESEMPLEADO   
 ESTUDIOS: SI  NO  ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
 INGRESO PROMEDIO: S/ \_\_\_\_\_

6 **VIVIENDA**  
 PROPIA  ALQUILADA  INVADIDA   
 ALOJADA  GUARDIANA  UNIFAMILIAR   
 MULTIFAMILIAR  CONSTRUIDA  SEMICONSTRUIDA   
 MATERIAL NOBLE  MATERIAL RUSTICO   
 SERVICIOS BASICOS SI  NO  PARCIAL

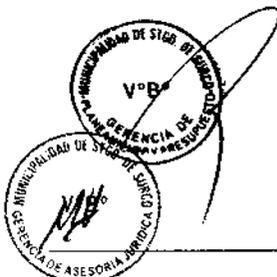
7 **SALUD FAMILIAR**  
 \_\_\_\_\_

8 **RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_ **RELACION:** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

9 **OBSERVACIONES:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10 **PRE DIAGNOSTICO SOCIAL:**  
 \_\_\_\_\_

11 **FECHAS DE ATENCION:**  
 1° \_\_\_\_\_ 2° \_\_\_\_\_ 3° \_\_\_\_\_ 4° \_\_\_\_\_ 5° \_\_\_\_\_ 6° \_\_\_\_\_





c) Anexo 3: **Formato – Informe Social**



MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACIÓN  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

**INFORME SOCIAL N°** 28.....-SGSBDC-GDHE-MSS

**REFERENCIA:**

**DATOS PERSONALES DEL CASO SOCIAL:**

NOMBRE .....  
EDAD .....  
DOMICILIO .....  
OCUPACIÓN .....  
GRADO DE INSTRUCCIÓN: .....  
ESTADO CIVIL .....

**SITUACION FAMILIAR:**

La familia esta compuesta por    personas:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado Civil	Grado Inst.	Ocupación

**SITUACION DE VIVIENDA:**

.....  
.....  
.....  
.....

**PRESUPUESTO FAMILIAR :**

INGRESOS	
<b>Total</b>	

EGRESOS	
<b>Total</b>	

**SITUACION SALUD:**

.....  
.....  
.....  
.....





**PROBLEMÁTICA:**

.....  
.....  
.....

**SUGERENCIA:**

.....  
.....  
.....

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines.

Atentamente





## 19. Denominación:

### ATENCIÓN DE LOS CASOS SOCIALES EN LA DEFENSORÍA MUNICIPAL DEL ADULTO MAYOR

#### 19.1. Código:

**P-19- SGSBDC**

#### 19.2. Finalidad:

Difundir y promocionar los derechos de las personas adultas mayores.  
Promoción de una cultura de respeto atendiendo los casos de maltrato.

#### 19.3. Base legal:

- Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ordenanza N° 396-MSS – Reglamento de Organización y Funciones.
- RM 156-2005 MIMDEES. Lineamientos de Políticas para la Prevención del Maltrato y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ley 28803, Ley de las personas Adultas Mayores.
- Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid 2002 RM 613-2007 MIMDES.

#### 19.4. Requisitos:

- Aprobación en el Plan Operativo Institucional.

#### 19.5. Descripción: P-19- SGSBDC

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Asesor legal de la DEMUPAM

**Paso 1.** Recibe al beneficiario. **(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 2.** Entrevista al beneficiario para saber la situación del mismo. **(Tiempo: 40 minutos).**

**Paso 3.** Elabora Informe del beneficiario. **(Tiempo: 4 horas)**

**Paso 4.** Programa fecha para la realización de la visita domiciliaria. **(Tiempo: 10 minutos).**

**Espera fecha programada**

**Paso 5.** Se dirige al domicilio del beneficiario. **(Tiempo: 40 minutos).**

**Paso 6.** Evalúa el caso del beneficiario. **(Tiempo: 1 hora).**





**Paso 7.** Elabora acta de compromiso de acuerdo al caso. **(Tiempo: 30 minutos)**

**Paso 8.** Coordina con instituciones como la PNP, Defensoría del Pueblo, etc. para atender al beneficiario. **(Tiempo Mín: 30 minutos, Tiempo Máx: 5 días).**

**Paso 9.** Coordina con el área de consultoría jurídica para la atención legal del beneficiario. **(Tiempo: 40 minutos).**

**Fin del Procedimiento.**

#### **19.6. Tiempo total estimado**

**Mínimo: 8 horas 20 minutos**

**Máximo: 5 días 7 horas 50 minutos**

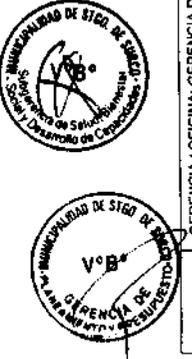
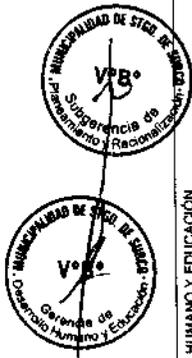
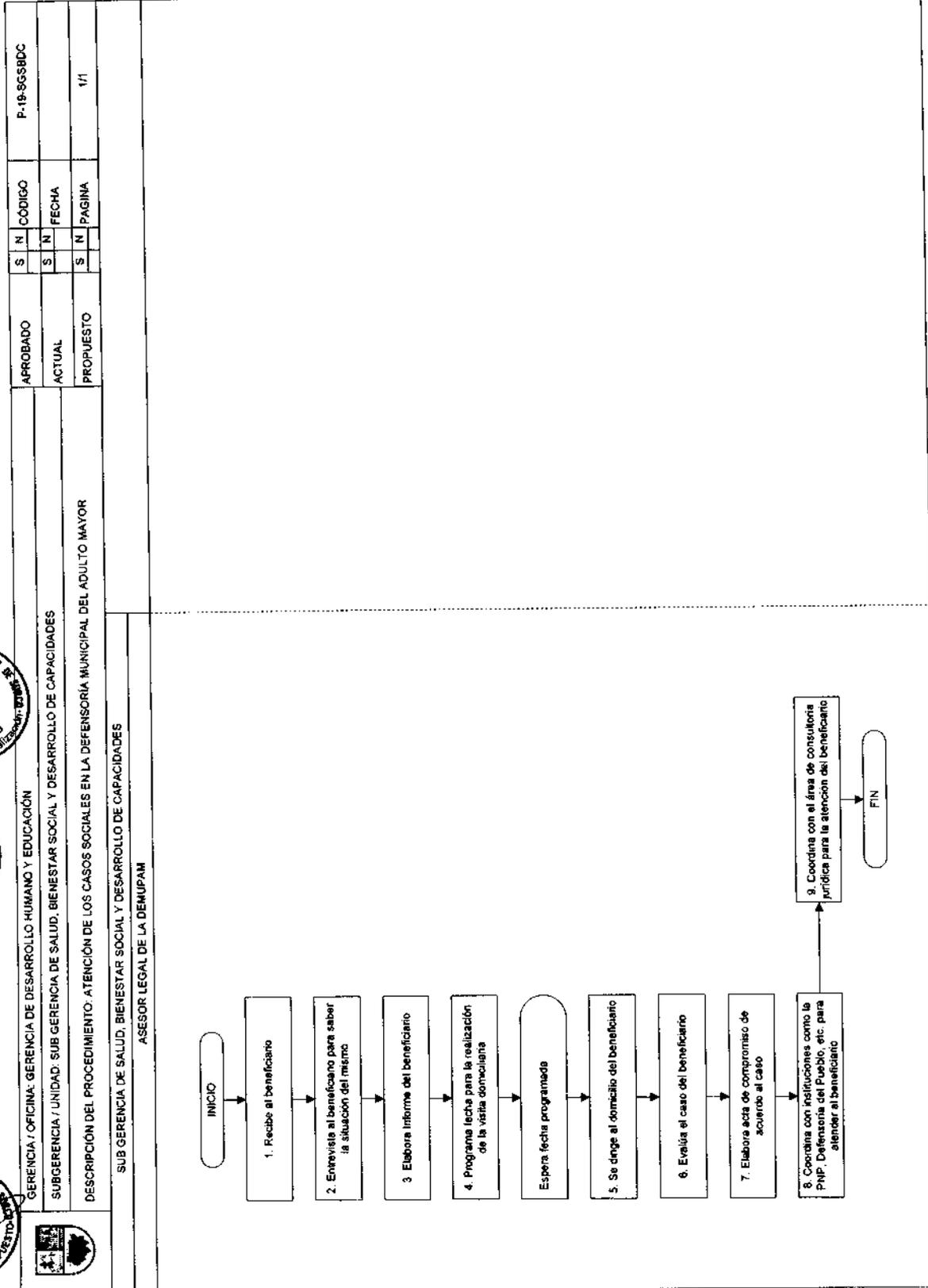
#### **19.7. Anexos**

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Informe Social**
- c) Anexo 3: **Formatos de la Defensoría Municipal para personas Adultas Mayores**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo





b) Anexo 2: **Formato – Informe Social**



MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACION  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

**INFORME SOCIAL N°** .....-20.....-SGSBDC-GDHE-MSS

**REFERENCIA:**

**DATOS PERSONALES DEL CASO SOCIAL:**

NOMBRE .....  
EDAD .....  
DOMICILIO .....  
OCUPACIÓN .....  
GRADO DE INSTRUCCIÓN .....  
ESTADO CIVIL .....

**SITUACION FAMILIAR:**

La familia esta compuesta por \_\_\_ personas:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Estado Civil	Grado Inst.	Ocupación

**SITUACION DE VIVIENDA:**

.....  
.....  
.....  
.....

**PRESUPUESTO FAMILIAR :**

INGRESOS	
Totál	

EGRESOS	
Totál	

**SITUACION SALUD:**

.....  
.....  
.....  
.....





**PROBLEMÁTICA:**

.....  
.....  
.....

**SUGERENCIA:**

.....  
.....  
.....

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines.

Atentamente





c) Anexo 3: **Formatos de la Defensoría Municipal para personas Adultas Mayores**

**DEFENSORIA MUNICIPAL DEL ADULTO MAYOR**

EXPEDIENTE N° .....

**DATOS GENERALES**

- 1.1 Nombre y Apellido: .....
- 1.2 Edad: ..... Sexo: ..... Ocupación: .....
- 1.3 DNI: ..... Telefono: .....
- 1.4 Dirección: .....
- 1.5 Referencia: .....
- 1.6 Responsable de su atención: .....
- 1.7 Relación con el afectado: .....

**I. COMPOSICIÓN FAMILIAR**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	PAREN- TESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	GRADO INSTRUCCION
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

**II. DATOS DEL AGRESOR:**

Nombre y apellido: .....  
Relación con el agredido: ..... Edad: ..... Sexo: .....  
Dirección y referencia: ..... Telefono: .....

**III. REFERENCIA DEL PROBLEMA (Resumen)**

**IV. REQUERIMIENTO**

**V. SUGERENCIA**

**VI. RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:**

**VII FIRMA DEL INFORMANTE:**

**HUELLA DIGITAL**

FECHA ..... HORA ..... MATERIA: .....





MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO

**DEFENSORIA MUNICIPAL PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES**

DEMUPAMS

**NOTIFICACIÓN N°**.....

SEÑOR(A): .....  
DOMICILIO .....  
N° DE EXPEDIENTE .....

De conformidad con la Resolución Ministerial 156-2005- MINIDES, se le comunica que debe personarse a la Defensoría Municipal para Personas Adultas Mayores, ubicada en Jr. Grau 330 (espalda del Palacio Municipal)

Día de citación: .....

Hora: .....

Santiago de Surco, ..... de ..... Del 2009







MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO

**DEFENSORIA MUNICIPAL PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES**

**INFORME SOCIAL N° -20.....-SGSBDC-GDHE-M 55**

**I. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:**

NOMBRE: ..... DNI: ..... TELEFONO: .....  
 EDAD: .....  
 DOMICILIO: .....  
 REFERENCIA: .....  
 OCUPACION: ..... ESTADO CIVIL: .....

**II. SITUACION FAMILIAR:**

La familia esta compuesta por ..... personas.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	PALEN TESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	GRADO INSTRUCCION
1						
2						
3						
4						
5						
6						

**III. SITUACION DE VIVIENDA:**

TENENCIA: ..... MATERIAL DE CONSTRUCCION ..... SERVICIOS .....  
 PROPIA ( ) NOBLE ( ) LUZ ( )  
 ALQUILADA ( ) RUSTICO ( ) AGUA ( )  
 ALQUADA ( ) MIXTA ( ) TLF ( )  
 DESAG ( )

**IV. PRESUPUESTO FAMILIAR :**

INGRESOS SI ..... EGRESOS SI .....  
 JEFE DE FAMILIA ..... ALIMENTACION .....  
 CONYUGE ..... SERVICIOS .....  
 HIJOS ..... MORICIDAD .....  
 TOTAL SI ..... SALUD .....  
 TOTAL SI .....

**V. PROBLEMÁTICA:**

.....  
 .....

**VI. REQUERIMIENTO:**

.....  
 .....

**VII. SUGERENCIAS:**

.....  
 .....

ASIGNATURA:







MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO

DEFENSORIA MUNICIPAL PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

FICHA DE SEGUIMIENTO DE CASOS

Expediente N° : .....  
Persona Responsable de su trámite: .....  
Fecha de ingreso del Expediente: .....  
Materia: .....  
Estado actual: .....

SEGUIMIENTO: Resumen de las actuaciones más recientes en el expediente:

1. ....
2. ....
3. ....

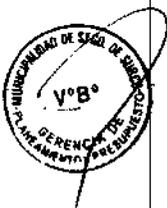
Fecha de la última actuación o diligencia realizada en el expediente: .....

Próximas acciones que se recomiendan para continuar con el curso del expediente:  
.....

Resultados que se esperan alcanzar con las acciones encomendadas:  
.....

Plazo para cumplir con las recomendaciones: .....

Firma del Responsable de la Defensoria:





MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
 DEFENSORIA MUNICIPAL PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES  
 DEMUPAMS

E.M. N° 156-2005-DEMUNDES

ACTA DE COMPROMISO  
 N°.....

Datos del Expediente:

Número.....  
 Materia.....

I. DATOS DE LAS PARTES:

- a) Nombres y apellidos.....  
 DNI.....  
 Domicilio.....  
 Referencia.....
- b) Nombres y apellidos.....  
 DNI.....  
 Domicilio.....  
 Referencia.....
- c) Nombres y apellidos.....  
 DNI.....  
 Domicilio.....  
 Referencia.....
- d) Nombres y apellidos.....  
 DNI.....  
 Domicilio.....  
 Referencia.....

II. PEQUEÑO RESUMEN DEL CONFLICTO:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....







## 20. Denominación:

### PLANIFICACIÓN Y REALIZACIÓN DE TALLERES OCUPACIONALES DE MICROEMPREDIMIENTO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

#### 20.1. Código:

**P-20- SGSBDC**

#### 20.2. Finalidad:

Promover el desarrollo de habilidades y capacidades de las personas adultas mayores, en la elaboración de productos artesanales de calidad y con eficiencia para una posterior comercialización de los mismos.

#### 20.3. Base legal:

- a) Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS – Reglamento de Organización y Funciones
- c) Ley 28803. Ley de las personas Adultas Mayores
- d) Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid 2002
- e) RM 513-2004 MIMDES
- f) RM 613-2007 MIMDES

#### 20.4. Requisitos:

- a) Aprobación en el Plan Operativo Institucional.

#### 20.5. Descripción: P-20- SGSBDC

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Adulto Mayor

**Paso 1.** Programa el desarrollo del taller que se va a realizar según el programa de actividades. **(Tiempo: 4 horas).**

**Paso 2.** Elabora información para difundir los talleres a través de la Revista Surco para Todos. **(Tiempo: 40 minutos).**

**Paso 3.** Envía información a la Gerencia de Comunicaciones e Imagen Institucional. **(Tiempo: 20 minutos)**

Gerencia de Comunicaciones e Imagen Institucional

**Paso 4.** PROCEDIMIENTO PARA PREPARACIÓN DE MATERIAL IMPRESO INFORMATIVO DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL. **(Tiempo Mín: 375 minutos, Tiempo Máx: 430 minutos).**





### Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Responsable del Programa Adulto Mayor

**Paso 5.** Entrega material a las presidentas de los grupos de adulto mayor para la difusión. **(Tiempo Mín: 40 minutos, Tiempo Máx: 5 días).**

#### **Espera la llegada de los beneficiarios**

**Paso 6.** Recibe al beneficiario y le explica como se desarrollarán los talleres. **(Tiempo: 10 minutos).**

**Paso 7.** Inscribe al beneficiario en los talleres que él escogió. **(Tiempo: 10 minutos).**

#### **Espera inicio del Taller**

**Paso 8.** Realiza el Taller. **(Tiempo Mín: 1 mes, Tiempo Máx: 4 meses).**

#### **Fin del Procedimiento.**

#### **20.6. Tiempo total estimado**

**Mínimo: 1 mes 2 días 12 horas 15 minutos**

**Máximo: 4 meses 1 semana 6 días 12 horas 30 minutos**

#### **20.7. Anexos**

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Registro del Adulto Mayor**







b) Anexo 2: **Formato – Registro del Adulto Mayor**

MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO Y EDUCACION  
SUBGERENCIA DE SALUD, BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO DE CAPACIDADES

**CONTROL DE ASISTENCIA**

TALLER:  
PROFESORA:

N°	NOMBRE Y APELLIDO	//	FIRMA								
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											





## 21. Denominación:

### EXPOSICION Y VENTA DE PRODUCTOS EN LAS FERIAS

#### 21.1. Código:

P-21- SGBSDC

#### 21.2. Finalidad:

Promover la comercialización de los productos elaborados en los talleres ocupacionales en el programa adulto mayor.

#### 21.3. Base legal:

- a) Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS – Reglamento de Organización y Funciones
- c) Ley 28803. Ley de las personas Adultas Mayores
- d) Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid 2002
- e) RM 513-2004 MIMDES
- f) RM 613-2007 MIMDES

#### 21.4. Requisitos:

- a) Aprobación en el Plan Operativo Institucional.

#### 21.5. Descripción: P-21- SGBSDC

##### Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Profesor del taller

**Paso 1.** Pide a sus alumnos que presenten los productos elaborados en los talleres ocupacionales. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 2.** Realiza un control de calidad de los productos para seleccionar los mejores y puedan ser vendidos. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 3.** Coordina con el Responsable del Programa para que coloque un stand en la Casa de Venta. **(Tiempo: 20 minutos)**

Cargo: Responsable del Programa de Adulto Mayor

**Paso 4.** Coloca un stand para que el adulto mayor pueda vender sus productos. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 5.** Coordina con instituciones como el MINDES para solicitar apoyo en la venta de los productos. **(Tiempo: 40 minutos).**

**Paso 6.** Coordina con la Gerencia y subgerencia que depende, la asistencia de los beneficiarios a las diferentes ferias organizadas por la Municipalidad. **(Tiempo: 30 minutos).**





## Fin del Procedimiento.

### 21.6. Tiempo total estimado

**2 horas 30 minutos**

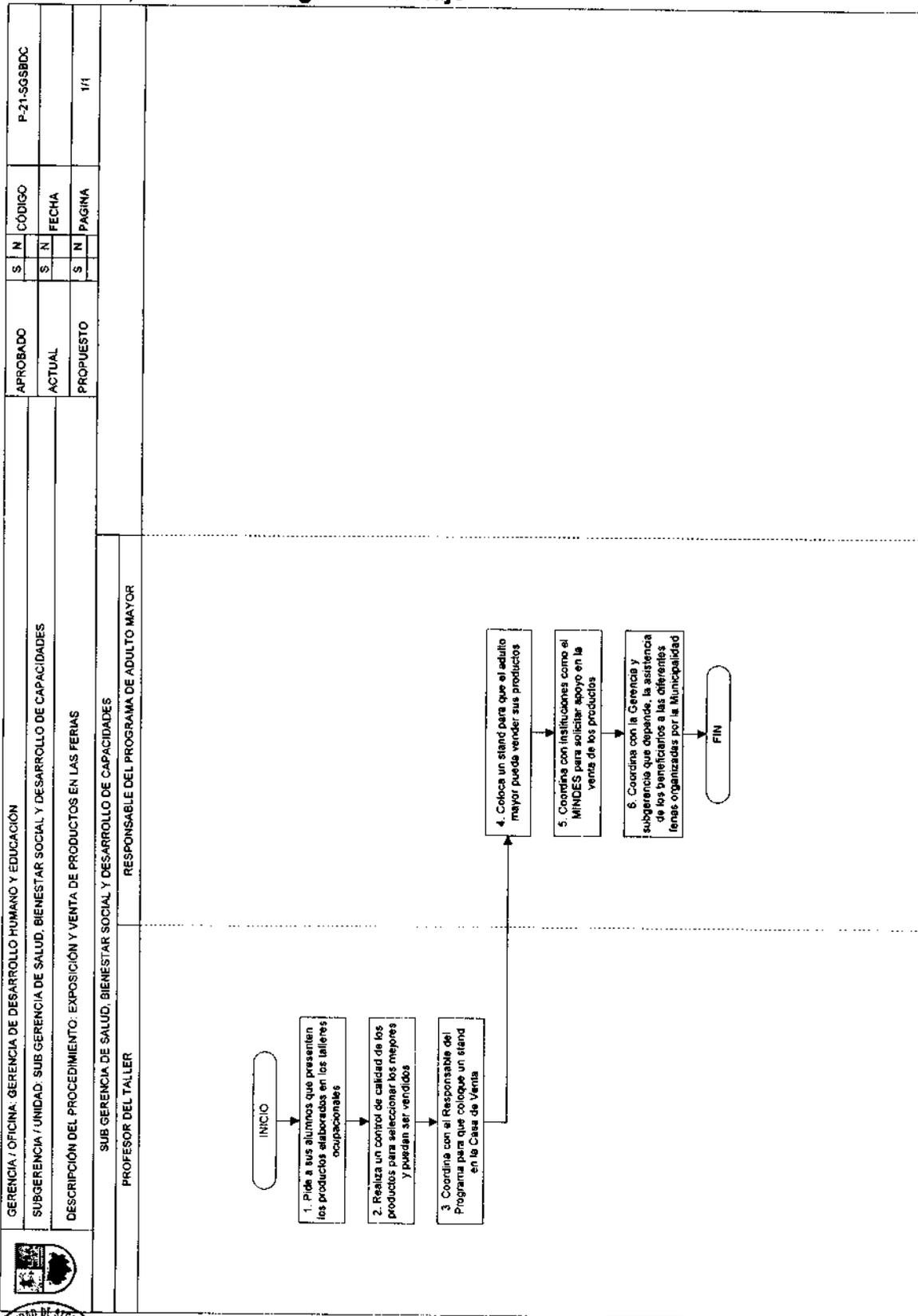
### 21.7. Anexos

a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo





## 22. Denominación:

### ATENCIÓN DE CASOS EN DEMUNA

#### 22.1. Código:

**P-22-SGSBDC**

#### 22.2. Finalidad:

Restituir los derechos de niños y adolescentes que han sido vulnerados o corren el riesgo de serlo.

#### 22.3. Base legal:

- a) Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades
- b) Ordenanza N° 396-MSS – Reglamento de Organización y Funciones
- c) R.M. N° 669-2006-MIMDES - Guía de Procedimientos de Atención de Casos en las Defensorías del Niño y del Adolescente

#### 22.4. Requisitos:

- a) Actividad inscrita al MIMDES.

#### 22.5. Descripción: P-22-SGSBDC

Subgerencia de Salud, Bienestar Social y Desarrollo de Capacidades

Cargo: Defensor (Responsable de la DEMUNA)

**Paso 1.** Recibe al informante y/o afectado, toma conocimiento del caso de manera verbal. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 2.** Ingresa los datos en la Ficha de Recepción de Casos y Relato de Hechos, firma la ficha y pide al informante y/o afectado que también firme la Ficha. **(Tiempo: 20 minutos).**

**Paso 3.** Evalúa el caso y determina la acción a seguir. **(Tiempo Mín: 24 horas, Tiempo Máx: 7 días hábiles). Los medios usados para la evaluación son las siguientes: entrevistas, visitas de verificación, solicitud de información, evaluaciones especializadas, etc.**

**¿Se presume la comisión de un delito o falta?**

**Si = Paso 4**

**No = Paso 5**

**Paso 4.** Comunica el hecho a la autoridad jurisdiccional correspondiente para la atención del(os) afectado(s). **(Tiempo Mín: 20 minutos, Tiempo Máx: 1 día)**

**Fin del Procedimiento**





Cargo: Defensor (Responsable de la DEMUNA)

**Paso 5.** Ejecuta mecanismos de solución según lo determinado en la evaluación. **(Tiempo: 1 hora). Los mecanismos de solución son: Orientación, Derivación, Denuncia, Conciliación Extrajudicial, Compromiso, Gestiones Administrativas.**

**Paso 6.** Hace seguimiento para verificar los avances de los acuerdos en el cumplimiento de los mismos, hace los ajustes de estrategias para alcanzar los resultados previstos. **(Tiempo Mín: 1 mes, Tiempo Máx: 6 meses calendario)**

**Paso 7.** Elabora informe dando término al caso. **(Tiempo: 45 minutos)**

**Fin del Procedimiento.**

#### 22.6. Tiempo total estimado

**Mínimo: 1 mes 3 días 2 horas 45 minutos**

**Máximo: 6 meses 2 semanas 6 días 2 horas 25 minutos**

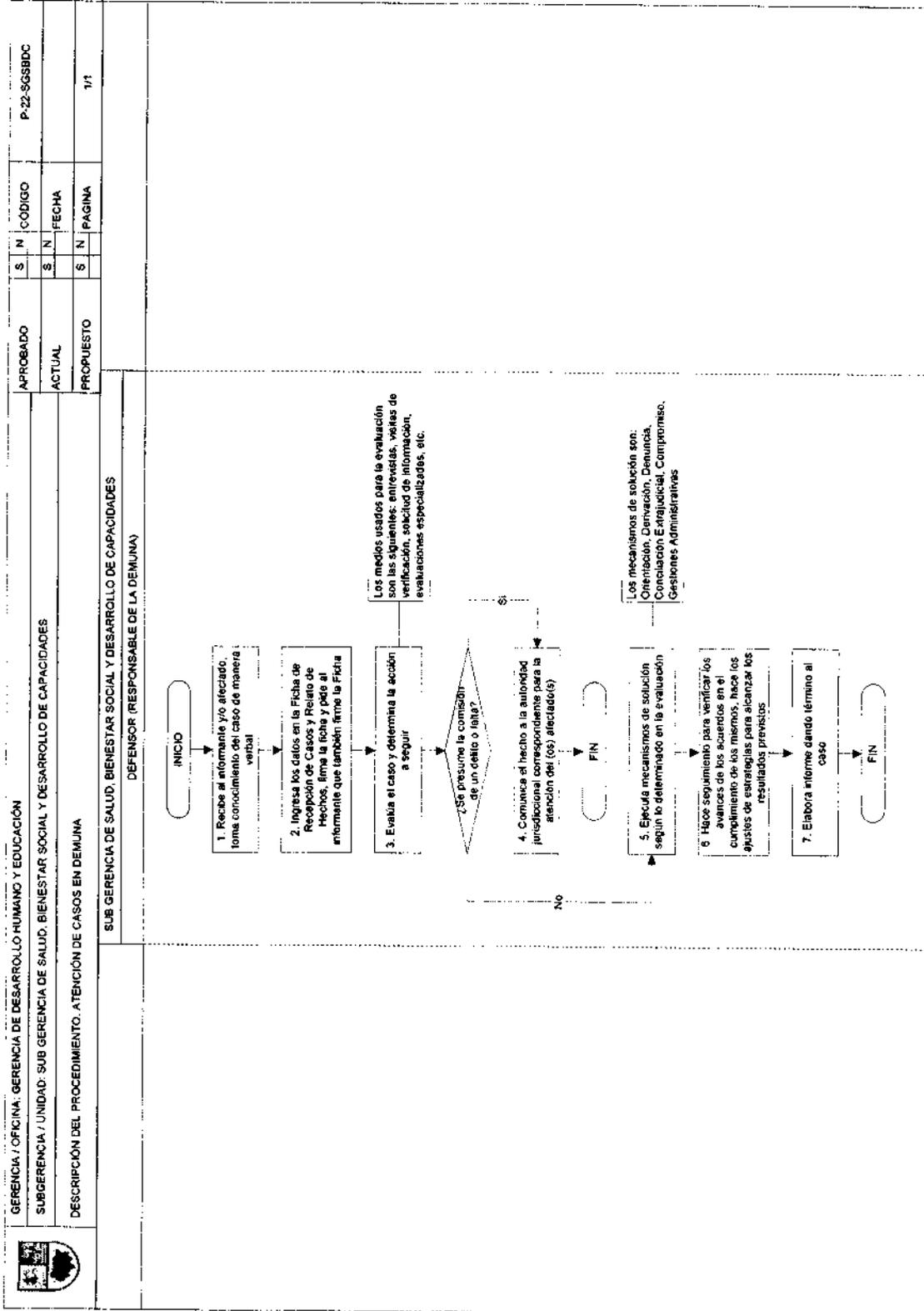
#### 22.7. Anexos

- a) Anexo 1: **Diagrama de Flujo**
- b) Anexo 2: **Formato – Ficha de Recepción de Casos y Relato de los Hechos**
- c) Anexo 3: **Formato – Ficha de Entrevista**
- d) Anexo 4: **Formato – Ficha de Derivación para Atención Especializada**
- e) Anexo 5: **Formato – Acta de Conciliación con Acuerdo Total**
- f) Anexo 6: **Formato – Informe de Visita de Verificación**





a) Anexo 1: Diagrama de Flujo





**b) Anexo 2: Formato – Ficha de Recepción de Casos y Relato de los Hechos**

**MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO**  
**Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente – DEMUNA**  
**N° Registro: 15193 AC**

**FICHA DE RECEPCIÓN DE CASOS Y RELATO DE LOS HECHOS**

**N° Expediente.....-20...-15193-AC**

**1 DATOS:**  
Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar de hecho: \_\_\_\_\_  
Materia: \_\_\_\_\_

**2 INFORMANTE ( ) SOLICITANTE ( ) OTRO ( )**  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Distrito: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Relación con el Afectado o Beneficiario: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Distrito: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Relación con el Afectado o Beneficiario: \_\_\_\_\_

**3 AFECTADO ( ) BENEFICIARIO ( )**

NOMBRE	APELLIDO	EDAD	SEXO

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

**4 TRANSGRESOR ( ) COLGADO ( )**  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Distrito: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Relación con el Afectado o Beneficiario: \_\_\_\_\_







ACCIONES POSTERIORES

FECHA	ACCIONES DISPUESTAS

ESTADO							
En Proceso							
Resuelto							
Derivado							
Desistido							







d) Anexo 4: **Formato – Ficha de Derivación para Atención Especializada**

**MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO**  
**Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente – DEMUNA**  
**Nº de Registro: 15193AC**

**FICHA DE DERIVACION PARA ATENCION ESPECIALIZADA**

**Nº Expediente..... 20...-15193-AC**

Señora) \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_  
Nombre de la institución \_\_\_\_\_  
Egresante \_\_\_\_\_

Por el presente, solicito a usted tengan a bien atender a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, cuñ de acuerdo a lo actuado por este Despacho requiere de vuestra atención y apoyo profesional en tal sentido, manifiesto lo siguiente

Tipo de atención especializada:

• Apoyo Social		• Asesoría Legal	
• Evaluación y diagnóstico psicológicos			

Realizamos un breve informe del caso y solicitamos nos mantenga informado

**INFORME DEL CASO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OTROS:**

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Defensor: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





e) Anexo 5: Formato – Acta de Conciliación con Acuerdo Total

MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
DEFENSORIA MUNICIPAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE  
Reg. No. 15193AC

ACTA DE CONCILIACIÓN CON ACUERDO TOTAL N° .....-20...

N° Expediente..... 20....-15193-AC

En la ciudad de Lima, distrito de Santiago de Surco, a los ( ) días del mes de del año , ante mi identificado con D.N.I. No. , en mi calidad de Conciliador debidamente autorizado por el Ministerio de Justicia mediante la acreditación No. y por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social mediante la acreditación No. , se presentan debidamente identificada con D.N.I. No. , domiciliada en y debidamente identificado con D.N.I. No. , domiciliado en a fin que se le asista en la solución de sus conflictos; dándose inicio a la Audiencia de Conciliación solicitada.

Iniciada la Audiencia de Conciliación se procedió a informar a las partes sobre el procedimiento de conciliación, su naturaleza, características, fines y ventajas. Asimismo, se señaló a las partes las normas de conducta que deberán observar durante el desarrollo de la Audiencia.

Las partes manifestaron lo siguiente:

DESCRIPCIÓN DE LAS CONTROVERSIA(S):

1. Establecer la Tenencia de los niños
2. Fijar el monto de la Pensión de Alimentos correspondiente y el Régimen de Visitas que beneficia a los niños.

ACUERDO CONCILIATORIO TOTAL:

Considerando los hechos señalados y las propuestas formuladas por las partes y/o el Conciliador, se conviene en celebrar un Acuerdo en los siguientes términos:

1. La tenencia de los niños será ejercida por
2. pasará una pensión de alimentos a favor de sus hijos de nuevos soles (S/ ) los mismos que serán entregados de la siguiente manera:
3. ejercerá el siguiente régimen de visitas
4. Ambos padres se comprometen a brindar a sus hijos adecuados valores, a fin que puedan gozar de un desarrollo psico-ológico óptimo.





5. Estos acuerdos regirán a partir de la firma de la presente acta.

SEGUIMIENTO:

Si alguna de las partes conciliantes incumpliera con los acuerdos adoptados en la presente Acta de Conciliación, la parte afectada deberá comunicar lo sucedido a esta DEMUNA, para los fines pertinentes.

VERIFICACION DE LA LEGALIDAD DE LOS ACUERDOS ADOPTADOS:

En este acto la Dra. Maria del Carmen Granados Velarde Alvarez, abogada de esta DEMUNA procedió a verificar la legalidad de los Acuerdos, las partes conciliantes acordaron aprobarlos, dejándose expresa constancia que conocen que el Acta de este Acuerdo Conciliatorio constituye Título de Ejecución, de conformidad con el artículo 1 de la Ley No. 27007.

Leído el texto anterior, los conciliantes manifiestan su conformidad con el mismo, siendo las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en señal de lo cual firman la presente Acta





f) Anexo 6: **Formato – Acta de Compromiso**

MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE SURCO  
Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente – DEMUNA

ACTA DE COMPROMISO N°.....-20....

N° de Registro: 15193AC

N° Expediente.....-20....-15193AC

Materia: Filiación

1.- DATOS:

En la ciudad de Lima, a los 15 días del mes de Abril del año 2008, ante la señora Cynthia López-Ruiz Mendoza identificada con documento de identidad N° 10810392 en calidad de Defensora de la Defensoría del Niño y el Adolescente de la Municipalidad de Santiago de Surco se presentaron:

El señor Julio César Saavedra La Chira, debidamente identificado con documento de identidad N° 43806872, domiciliado en Av. Honorio Delgado 238 San Martín de Porres, y la señora Ire Gabriela Santa María Saavedra, identificada con documento de identidad N° 43471443, domiciliada en Ambsl Diaz 26A San Roque, Santiago de Surco.

2.- BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:

La Sra. Ire Gabriela Santa María Saavedra se apersona a la DEMUNA, a fin que el padre de su menor hija Katia Emilia Saavedra Saavedra se comprometa a realizar el reconocimiento voluntario de filiación extrajudicial correspondiente. La niña se encuentra registrada en la Municipalidad de Moche – Trujillo.

3.- QUIEN (ES) SE COMPROMETEN A:

a) El Sr. Julio César Saavedra La Chira reconoce ser padre biológico de la niña Katia Emilia Saavedra Saavedra (09 meses) hija de la Sra. Ire Gabriela Santa María Saavedra.

b) El Sr. Julio César Saavedra La Chira y la Sra. Ire Gabriela Santa María Saavedra se comprometen a apersonarse la última semana del mes de mayo del presente año, a la Municipalidad de Moche – Trujillo, a fin de realizar los trámites pertinentes para el reconocimiento voluntario de filiación extrajudicial de la niña Katia Emilia Saavedra Saavedra.





#### 4.- SEGUIMIENTO:

El cumplimiento del siguiente compromiso se verificará de la siguiente manera:

Las partes se comprometen a entregarnos una copia simple de la partida de nacimiento de la niña, durante el mes de junio del presente año.

En caso de incumplimiento de los compromisos asumidos, la parte afectada comunicará el hecho a esta oficina, a fin de adoptar las medidas legales pertinentes.

Leída el acta se suscribe el presente documento en señal de conformidad.

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

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

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

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

Huella Digital

Huella Digital



