GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA

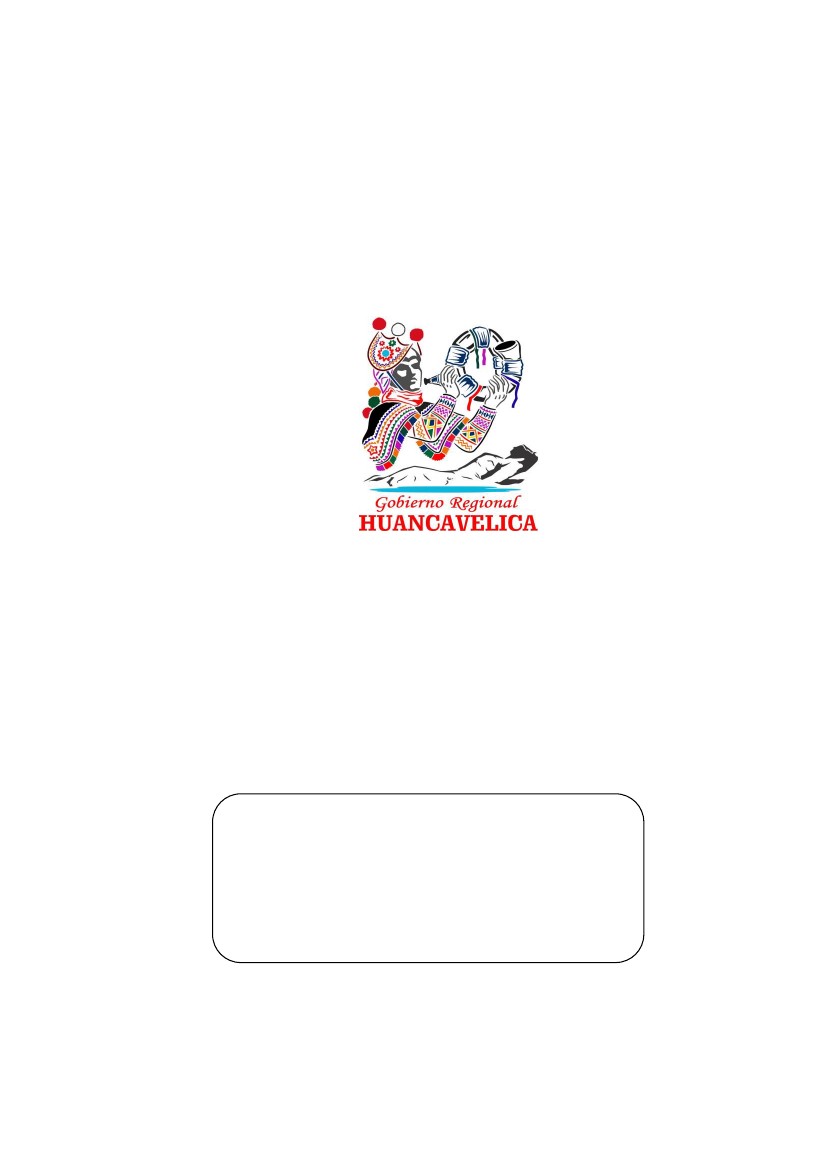
DIRECCION DE SALUD HUANCAVELICA

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA

**UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA**

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE

PROFESIONALES DE LA SALUD Y PILOTO DE AMBULANCIA PARA LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA



**CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSRH**

CALLE: MUNICIPALIDAD S/N – HUAYTARA-HUANCAVELICA

HUAYTARÁ, OCTUBRE DE 2018

**GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ**

**UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ**

**CAS N° 007 - 2018/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP**

**CAPITULO I**

1. **GENERALIDADES**
2. **ENTIDAD CONVOCANTE**

Nombre : Gerencia Sub Regional Huaytará.

RUC N° : 20494643473.

1. **DOMICILIO LEGAL**

Calle Municipalidad s/n, Huaytará, Huaytará, Huancavelica.

1. **OBJETO DE LA CONVOCATORIA.**

Contratar Personal Profesionales de la Salud y Piloto de Ambulancia para cubrir las plazas previstas en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP), aprobada mediante Ordenanza Regional N° 047-2018/GOB.REG.HVCA/OR. Por el periodo de 02 meses.

1. **DEPENDENCIA A CARGO DE LA CONTRATACION**

El órgano encargado es el Comité de Proceso de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios - CAS para el Año Fiscal 2018 de la Unidad Operativa Red de Salud - Huaytará, Aprobado mediante Resolución Gerencial Sub Regional N° 143-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H/G.

1. **COSTO TOTAL DEL SERVICIO**

El Costo Total del Servicio objeto de la presente convocatoria se encuentran detallado en el Capítulo III de la presente Base, los cuales incluyen los impuestos de Ley.

1. **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

**Rubro :**  Recursos Ordinarios

**CRITERIO DE CALIFICACION DEL PERSONAL**

* Formación General – Perfil para el cargo que postula.
* Capacitación Específica al cargo.
* Experiencia Laboral.
* Entrevista Personal.

1. **BASE LEGAL.**

* Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
* Ley No 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
* Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
* Ley Nº 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
* Ley N°29849, Ley que Establece la Eliminación Progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo N°1057 y otorga Derechos Laborales
* Ley N°30693, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2018.
* D.L.Leg.Nº1057, que aprueba el Régimen Especial de contratación Administrativa de Servicios.
* Decreto Supremo N° 075-2008-PCM- Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057. Modificado por Decreto Supremo Nº 065-2011-PCM
* Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº61-2010-SERVIR/PE.
* Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº107-2011-SERVIR/PE.
* Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº108-2011-SERVIR/PE.
* Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº141-2011-SERVIR/PE.
* Ley Nº26771 de Nepotismo y su reglamento.
* Ley Nº27050 Ley General de la Persona con Discapacidad.
* Norma sobre el registro de Sanciones de Destitución y Despido, creado por DS.Nº089-2006-PCM.
* Ley Nº27815 Código de Ética de la Función Pública.
* DS. Nº054-99-EF Texto Único Ordenado de la Ley del Impuesto a la Renta.

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

**CAPITULO II**

**2.1. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONVOCATORIA** | | |
| 1 | Publicación en el Ministerio de Trabajo - HVCA. | A partir del 15 octubre de 2018. |
| 2 | Publicación de Convocatoria en el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica | A partir del 22 de octubre de 2018. |
| 3 | Presentación curricular por mesa de partes de la Gerencia Sub Regional Huaytará  Calle Municipalidad S/N - Huaytará | 29 de octubre de 2018.  Hora: de 08:00 a.m. a 01:00 p.m. y de 02:30 p.m. a 05:30 p.m.  ÚNICO DÍA Y HORARIO |
| **SELECCIÓN** | | |
| 4 | Evaluación Curricular | 30 de octubre de 2018. |
| 5 | Publicación de resultados de la Evaluación Curricular | 30 de octubre de 2018. A partir de las 5:30 p.m. |
| 6 | Presentación de Recursos de Reconsideración | 31 de octubre de 2018 de 08:00 a.m. a 09:00 a.m. |
| 7 | Absolución de Recursos de Reconsideración | 31 de octubre de 2018 de 09:00 a.m. a 10:00 a.m. |
| 8 | Publicación del cuadro de Méritos Final de Evaluación curricular | 31 de octubre de 2018 de 10:30 a.m. |
| 9 | Entrevista Personal  Gerencia Sub Regional Huaytará  Calle: Municipalidad S/N - Huaytará | 31 de octubre de 2018  Hora: 11:00 a.m. |
| 10 | Publicación de Cuadro de Méritos Final | 31 de octubre de 2018 |
| 11 | Adjudicación de Plazas  Gerencia Sub Regional Huaytará  Calle: Municipalidad S/N - Huaytará | 31 de octubre de 2018 |
| **INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO** | | |
| 12 | Inicio de labores del Personal. | 01 de noviembre de 2018 |

**NOTA: Los participantes que NO CUMPLAN con los requisitos mínimos solicitados de acuerdo al Perfil del Puesto, no podrán continuar participando en el presente proceso y serán descalificados, CADA ETAPA DEL PROCESO ES ELIMINATORIA.**

**2.2. DOCUMENTACION A PRESENTAR:**

**Lugar y horario de presentación de propuesta:**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONDICIONES** | **DETALLE** |
| Lugar de prestación del servicio | GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA |
| Duración del contrato | **PERSONAL ASISTENCIAL (MEDICO)** |
| - Inicio : 01 de noviembre de 2018  - Término: 30 de noviembre de 2018 |
| **PERSONAL ASISTENCIAL (BIOLOGO, PSICOLOGO)** |
| - Inicio : 01 de noviembre de 2018  - Término: 31 de diciembre de 2018 |
| **PILOTO DE AMBULANCIA** |
| - Inicio : 01 de noviembre de 2018  - Término: 31 de diciembre de 2018 |
| Otras condiciones esenciales del contrato | - No tener impedimentos para contratar con el Estado.  - No encontrarse registrado en el Cuaderno de Deudores Alimentistas.  - No tener sanción por falta administrativa vigente.  - **No mantener vínculo laboral o haber renunciado en los últimos 12 meses a un puesto y/o cargo en la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará.** |

**Forma de Presentación y Contenido de Propuestas:**

El Currículum Vitae se presentará en **sobre cerrado**, en cuya parte externa deberá indicar claramente el nombre completo del postulante y nombre de la plaza a la que está postulando, éste documento estará dirigido al Gerente Sub Regional de Huaytará, con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS - 2018**,** conforme al siguiente detalle:

# Señores:

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ

**Comité de Evaluación 2018.**

**PROCESO CAS N° 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP**

Apellidos y Nombre Del Postulante:……………………………………………………………………………………………

Código: ………………………Descripción de la plaza a postular:…………………………………………………………...

FOLIOS…………………………. FIRMA………………………………...

Los formatos podrán ser llenados por cualquier medio incluido el manual, debiendo llevar la rúbrica del postulante en todos y cada uno de ellos.

**2.2.1. Contenido del sobre:**

Los documentos deberán presentarse en **copias legibles** debidamente **foliados y fedateados** por el fedatario de la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará, con excepción del título profesional y/o técnico, bachiller y DNI que deben ser legalizados por la Institución de Origen o ante Notario Público, documentos que no deben tener más de tres (03) meses de antigüedad a la fecha de la presentación (29/10/2018).

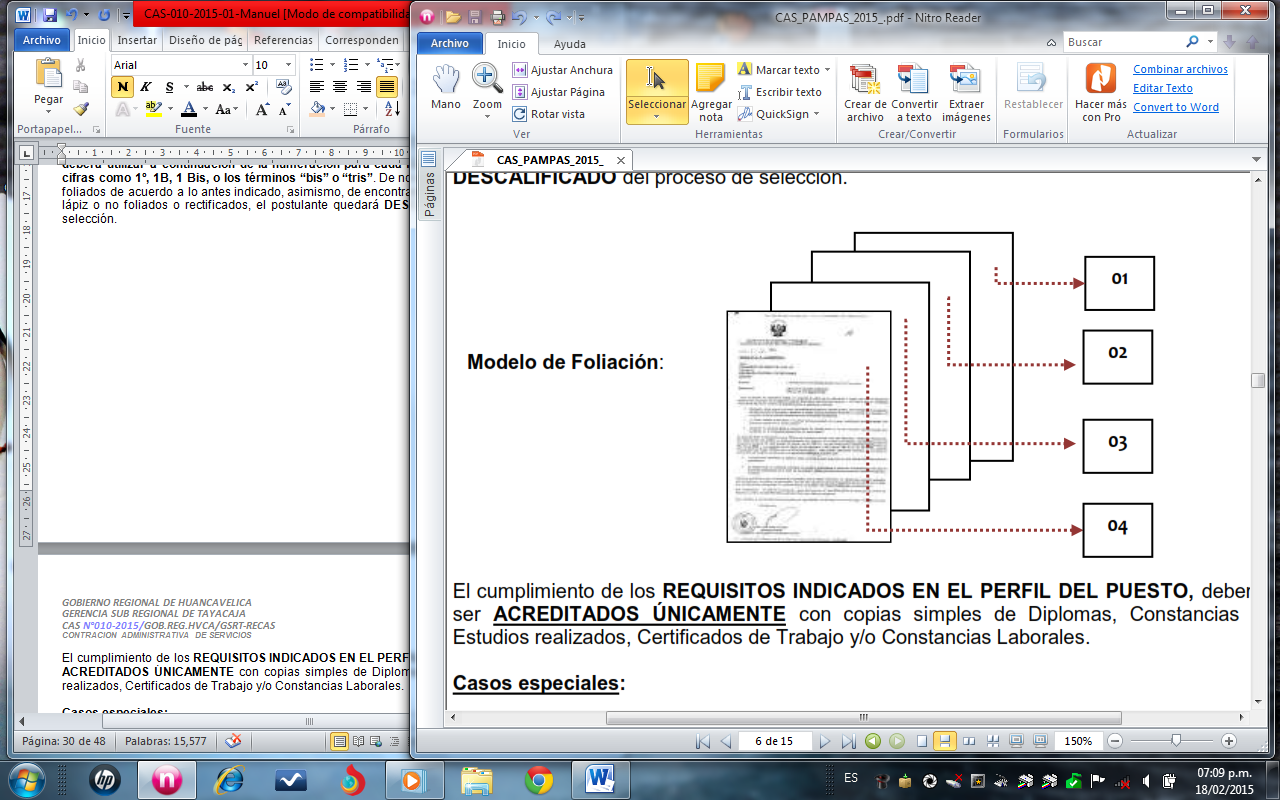
**SOBRE CURRICULAR**

**Documentación de presentación OBLIGATORIA:**

1. Solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará (con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS-2018), comunicando el deseo de participar en la presente Convocatoria, especificando el código y descripción de la plaza a la que postula.
2. Copia del Documento de Identidad Nacional legalizado por notario, no debiendo tener más de tres (03) meses a la fecha de la presentación (29/10/2018).
3. Copia del Título Profesional/Bachiller y/o Título Técnico legalizado por notario público o la Institución de Origen, no debiendo tener más de tres (03) meses a la fecha de la presentación (29/10/2018).
4. Resolución de término de SERUMS obligatorio (profesionales de Salud).
5. Constancia de Habilidad Profesional vigente en original de los profesionales de la salud (indispensable).
6. Declaración Jurada de los Datos del Postulante. **(Anexo N° 1)**
7. Declaración Jurada en la que el postulante declare que cumplirá con las prestaciones a su cargo relacionadas al objeto de la contratación, No mantener vínculo laboral o haber renunciado en los últimos 12 meses a un puesto y/o cargo en la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará. **(Anexo N°02)**
8. Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa ni judicialmente para contratar con el Estado. **(Anexo N°03)**
9. Ley Nº 26771 - Declaración Jurada sobre Prohibición de Doble Percepción. **(Anexo N°04)**
10. Declaración Jurada en la que el postulante declare no tener parentesco con los miembros del Comité de Evaluación del Contrato Administrativo de Servicios N° 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP, y/o funcionarios de la institución de acuerdo a Normas. **(Anexo N°05)**
11. Declaración Jurada de contar con Buena Salud Fisco Mental. **(Anexo N° 06)**
12. Declaración Jurada de No estar Registrado en el REDAM. **(Anexo N° 07)**
13. Declaración Jurada de Persona Licenciada de las Fuerzas Armadas y/o Persona Con Discapacidad. **(Anexo 08)**
14. Currículum Vitae debidamente sustentado y documentado. **(Anexo N°09)**
15. Ficha de Datos del Trabajador (Postulante). **(Anexo N°10)**

**NOTA:**

1) Todos los anexos deberán ser llenados de acuerdo al modelo adjunto, caso contrario será causal de descalificación;

2) Toda la documentación presentada, incluido el Currículum Vitae deberá estar **FOLIADO (ENUMERARO, de manera ascendente iniciando de la última página) Y ORDENADO**, **caso contrario no serán considerados para la evaluación curricular.**

3) Los Informes Técnicos de los jefes de EE.SS., Micro red, Red, que contengan observaciones, sanciones, amonestaciones, deudas u otros antecedentes negativos del postulante, serán recepcionados y tomados en cuenta por el comité en la fase de la evaluación curricular, los cuales serán publicados en esta misma fase.

4) Los postulantes con discapacidad que presenten el Certificado de CONADIS tendrán la Bonificación del 15% del puntaje final obtenido.

**2.3. EVALUACIÓN**

El proceso de evaluación se realizará en Dos (02) etapas que son:

* La Evaluación Curricular
* Entrevista Personal.

Los máximos puntajes asignados en cada evaluación, es la siguiente:

* Evaluación Curricular : 60 puntos de acuerdo a los factores de evaluación
* Evaluación de Entrevista Personal : 40 puntos.

**2.3.1. Evaluación del Sobre Curricular**

* Formación Técnica y/o Profesional, y Capacitaciones.
* Experiencia Laboral.
* Méritos y/o Funciones Asignados.

Se verificará que el sobre curricular cumpla con los requerimientos mínimos contenidos en el Capítulo III de la presente base, **de observarse documentos no fedateados ni foliados como lo indica el punto 2.2.1 de la presente base, no serán evaluados.**

**PRIMERA ETAPA:**

**EVALUACIÓN DEL POSTULANTE**

La evaluación del Postulante es objetiva, relacionada con las necesidades del servicio, la misma que incluye 02 etapas:

**1ra. Etapa: Evaluación Curricular y de Competencia:**

En esta etapa se evaluará el cumplimiento del perfil solicitado por parte del postulante. Para dicho efecto se **tomará en cuenta únicamente aquello que se encuentre debidamente acreditado.**

**DEBERA TOMARSE EN CUENTA LO SIGUIENTE:**

1. Se considerará admitido a todo postulante que **acredite cumplir con el perfil** solicitado y podrán pasar a la etapa de entrevista personal.
2. Será descalificado aquel postulante:

* Que omita con presentar alguno de los documentos que debe contener el sobre curricular.
* Que presente documentos dudosos.

1. Que no cumpla con los requisitos.
2. Certificados y Contratos Administrativos de Servicios, Contratos de Locación de Servicios, Contratos 728, Resoluciones 276, Constancias y/o Certificados de Trabajo de acuerdo al perfil/plaza a la que postula.

**2da. Etapa: Entrevista Personal**

En la presente etapa se realizará la entrevista de acuerdo a la fecha establecida en el cronograma:

En dicha entrevista se considerará los criterios como son: **ASPECTO PERSONAL Y PUNTUALIDAD - SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EMOCIONAL** (10 puntos), **CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL** (15 puntos), **CAPACIDAD DE PERSUACION Y TOMA DE DECISIONES** (05 puntos) **y CONOCIMIENTO DE CULTURA GENERAL** (10 puntos).

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

**2.4**. **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

Los resultados parciales y finales se publicarán en los murales informativos de la Gerencia Sub Regional de Huaytará.

En caso de empate se priorizara al que tenga mayor experiencia laboral, de persistir el empate se priorizará al que tenga mayor antigüedad del título.

**2.5. DE LA SUSCRIPCION DEL CONTRATO**

La adjudicación de las plazas se realizará de acuerdo al cronograma, siendo que el INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO se realizará para el personal Profesional de la Salud (Biólogo y Psicólogo) y Piloto de Ambulancia a partir del 01 de noviembre de 2018 al 31 de diciembre del 2018, con excepción del Personal Profesional (Médico) que será del 01 al 30 de noviembre de 2018.

El ganador deberá tomar posesión de cargo desde el día de inicio de labores, vencido dicho plazo, se procederá a notificar al que quedó elegible en segundo puesto en orden de mérito para que tome posesión de cargo, de la misma manera, si no se hiciera presente el segundo se procederá a notificar a los que se encuentran en el cuadro de méritos en orden de prelación, hasta que se culmine con el cuadro de mérito, luego se declarará desierta la plaza, para realizar nueva convocatoria.

**CAPITULO III**

**PLAZAS VACANTES PARA PROCESO DE CONVOCATORIA - 2018**

**PROCESO CAS N° 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° PLAZA** | **CODIGO DE PLAZA** | **DESCRIPCION** | **AREA LABORAL** | **CANT** | **MENSUAL S/.** | **FTE. FTO.** | **SEC. FUN.** | **PROGRAMAS** | **PLAZO DEL CONTRATO** |
| 01 | MED. - 01 | MEDICO | P.S. INGAHUASI | 1 | 5,000.00 | RO | 008 | 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 01/11/2018 AL 30/11/2018 |
| 02 | BIOL. - 02 | BIOLOGO/A | C.S. CORDOVA | 1 | 2,200.00 | RO | 026 | 0002 SALUD MATERNO NEONATAL | 01/11/2018 AL 31/12/2018 |
| 03 | PSIC. – 03 | PSICOLOGA/O | C.S. QUERCO | 1 | 2,200.00 | RO | 082 | 0131. CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL | 01/11/2018 AL 31/12/2018 |
| 04 | PIL. ABM. -04 | PILOTO DE AMBULANCIA | C.S. QUERCO | 1 | 1,200.00 | RO | 026 | 0002 SALUD MATERNO NEONATAL | 01/11/2018 AL 31/12/2018 |

* **CONDICIONES DE TRABAJO.**
* Las condiciones de trabajo, se rige de acuerdo a la normatividad CAS vigente y sus modificatorias.
* **El personal** será evaluado mensualmente, según el logro de los resultados esperados en las metas e indicadores de salud. Según Directiva de Evaluación del Desempeño Laboral del Recurso Humano de la Red, el incumplimiento en el logro de los resultados y/o inadecuado desempeño laboral demandará rescindir el contrato de ser necesario.
* **VIGENCIA DEL CONTRATO**

La suscripción del contrato del **Personal Profesional (Biólogo y Psicólogo) y Piloto de Ambulancia** será del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2018, con excepción del **Personal Profesional (Médico)** que será del 01 al 30 de noviembre de 2018.

* **FORMA DE PAGO**

Al finalizar el mes trabajado, previa presentación de informes de actividades.

* **ETAPAS DE LA SELECCIÓN**

Evaluación curricular y entrevista personal

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL DEL PUESTO** | | | **MED - 01** |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO** | | | |
| **Unidad Orgánica:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Denominación:** | | Médico Cirujano | |
| **Nombre del puesto:** | | Médico Cirujano | |
| **Dependencia jerárquica lineal:** | | Unidad Operativa Red de Salud Huaytará - Puesto de Salud Ingahuasi | |
| **Dependencia jerárquica funcional:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Puestos que supervisa:** | | --- | |
| **MISIÓN DEL PUESTO** | | | |
| Cumplir con la atención médica integral; así como también acciones para fortalecimiento de las actividades de promoción, prevención y cumplimiento de indicadores SIS en los establecimientos de salud del primer nivel de atención | | | |
| **FUNCIONES DEL PUESTO** | | | |
| 1 | Supervisar la aplicación adecuada del tratamiento médico establecido para el paciente de acuerdo a normas y guías de atención aprobada; tanto en las diferentes estrategias como por etapas de vida. | | |
| 2 | Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos médicos. | | |
| 3 | Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludable, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad así como el personal del establecimiento de salud. | | |
| 4 | Detectar oportunamente morbilidades en el niño; así como el seguimiento del adolescente, adulto y adulto mayor. | | |
| 5 | Participar en el desarrollo de actividades de fortalecimiento de capacidades de investigación del personal de su cargo programados por el Establecimiento. | | |
| 6 | Realizar análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de las enfermedades, brotes epidémicos y de aquellos daños que puedan significar amenazas a la salud de la población en su ámbito. | | |
| 7 | Garantizar la vigilancia epidemiológica en el ámbito de su jurisdicción. | | |
| 8 | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR). | | |
| 9 | Garantizar la atención adecuada de las IRAS y sus complicaciones identificando casos de sintomáticos respiratorios, EDAS y sus complicaciones, parasitosis intestinal, anemias y otras enfermedades prevalentes de la infancia. | | |
| 10 | Garantizar el cumplimiento de indicadores del SIS | | |
| 11 | Participar en campañas de medicina preventiva y educación para la salud así como las visitas domiciliarias efectivas priorizando en el Programa Articulado Nutricional y Materno Neonatal. | | |
| 12 | Elaborar historias clínicas, expedir certificados de nacimientos, defunciones y otros que se encuentren establecidos en las normas vigentes. | | |
| 13 | Garantizar el registro de datos en los sistemas de información de salud (HIS, FUAS, SIS, SIEN, Hechos Vitales, SISMED, NOTI,SIP 2000 padrón nominado de niños y niñas, gestantes, recursos humanos entre otros) | | |
| 14 | Implementar y/o fortalecer la gestión de la calidad mediante la implementación de proyectos de mejora y auditoria de la calidad de registros. | | |
| 15 | Atención del parto, manejo de las emergencias obstétricas y neonatales; atención del puerperio, orientación y consejería en problemas de salud pública más frecuentes, diagnóstico y manejo sindrómico de las ITS/VIH. | | |
| 16 | Desarrollo de estrategias que fomenten el incremento de partos institucionales , adecuación cultural de los servicios , así como el adecuado seguimiento y vigilancia de gestantes y recién nacidos Y tener un conocimiento adecuado de la normatividad vigente del sistema de referencia y contra referencia | | |
| 17 | Realizar la orientación y consejería en los tipos de cáncer priorizados | | |
| 18 | Garantizar los indicadores de convenio SIS, FED | | |
| 19 | Manejo adecuado de bioseguridad | | |
| 20 | Realizar actividades intramurales (40%), actividades extramurales (30%), Visitas Domiciliarias (20%) y actividades administrativas (10%). | | |
| 21 | Garantizar la implementación de la Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. | | |
| 22 | Garantizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales. | | |
| 23 | Otras funciones asignadas por el jefe inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales. | | |
| **COORDINACIONES PRINCIPALES** | | | |
| **Coordinaciones Internas** | | | |
| Todos los Servicios de Establecimiento de Salud bajo la Jurisdicción. | | | |
| **Coordinaciones Externas** | | | |
| Todas las unidades orgánicas. | | | |

|  |
| --- |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **a) Formación Académica.** | | | | |  | **b) Grado(s)/Situación académica y estudios requeridos para el puesto.** | | | | |  | **c) ¿Se requiere colegiatura?** | | | |
|  |  |  |  | **Completa** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Secundaria |  |  |  |  |  | Egresado(a) |  | Médico Cirujano | |  | X | Sí |  | No |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Técnica básica |  |  |  |  |  | Bachiller |  |  | **¿Requiere habilitación profesional?** | | | |
|  | (1 ó 2 años) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | Sí |  | No |
|  | Técnica superior |  |  |  |  | X | Título / |  |  |  |  |  |  |
|  | (3 ó 4 años) |  |  |  |  |  | Licenciatura |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X | Universitario |  |  | X |  |  | Maestría |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Egresado |  | Titulado |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTOS** |
| **A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto *(No requieren documentación sustentatorios).*** |
| Conocimiento de Normas Técnicas Vigentes del MINSA |
| Conocimiento en la Atención Integral por etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto joven y adulto mayor) |
| Conocimiento en atención primaria de la salud con enfoque intercultural |
| Conocimiento en AIEPI comunitario y/o clínico |
| **B) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.** |
| Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 20 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas |
| **Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:** |
| Acreditar capacitación en emergencias. |
| Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. |
| **C) Conocimientos de ofimática e idiomas** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Nivel de dominio** | | |  |  | **Nivel de dominio** | | | |
| **OFIMÁTICA** | | **No aplica** | **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |  | **IDIOMAS** | **No aplica** | **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |
| Procesador de textos (Word) | |  | X |  |  |  | Inglés | X |  |  |  |
| Hojas de cálculo (Excel) | |  | X |  |  |  | Quechua | X |  |  |  |
| Programa de presentaciones Power Point) | |  | X |  |  |  | ……….. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA** |
| **Experiencia general** |
| Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado |
| Experiencia mínima 1 año en la profesión sustentado con contratos CAS, 728, Resoluciones 276 (Incluyendo SERUMS) |
| **Experiencia específica** |
| A).Marque el **nivel mínimo del puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **X** | Profesional |  | Auxiliar o Asistente |  | Analista |  | Especialista |  | Supervisor/  Coordinador |  | Jefe de Área o Dpto. |  | Gerente o Director |

|  |
| --- |
| B) Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto**; ya sea en el sector público o privado |
| Experiencia mínima 1 año en la profesión sustentado con contratos CAS, 728, Resoluciones 276 (Incluyendo SERUMS) |
| C) En base a la experiencia requerida para el puesto **(parte B)**, marque **si es o no** necesario contar con la experiencia en el **Sector Público**. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí,** el puesto requiere contar con experiencia en el sector público. | X | **No,** el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **HABILIDADES O COMPETENCIAS** |
| Compromiso y Responsabilidad en cumplimiento de metas y objetivos |
| Ética y Valores: Solidaridad y Honradez |
| Liderazgo, Pro actividad con capacidad para trabajar en equipo |
| Predisposición para trabajar en campo |
| Comunicación efectiva y adecuadas relaciones interpersonales, que promuevan un buen clima laboral |
| Adaptación a costumbres e idiosincrasia de comunidades rurales y/o grupos étnicos |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL DEL PUESTO** | | | **BIOL-02** |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO** | | | |
| **Unidad Orgánica:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Denominación:** | | Biólogo | |
| **Nombre del puesto:** | | Biólogo | |
| **Dependencia jerárquica lineal:** | | Unidad Operativa Red de Salud Huaytará - Centro de Salud Córdova | |
| **Dependencia jerárquica funcional:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Puestos que supervisa:** | | --- | |
| **MISIÓN DEL PUESTO** | | | |
| Contar con Profesional de Biología para el cumplimiento de resultados de calidad que apoyen el Diagnóstico Clínico y que respondan a las demandas del entorno, con la finalidad de contribuir a la prevención de enfermedades o el control de las mismas, con un alto sentido de responsabilidad, vocación de servicio, apego a principios éticos y comprometidos con el desarrollo sustentable. | | | |
| **FUNCIONES DEL PUESTO** | | | |
| 1 | Garantizar batería completo de las gestantes, puérperas y RN. | | |
| 2 | Garantizar el tamizaje de VIH, RPR y Dosaje de hemoglobina a la población. | | |
| 3 | Garantizar el descarte de parasitosis en el grupo etáreo focalizado. | | |
| 4 | Garantizar el paquete de análisis completo de adulto y adulto mayor. | | |
| 5 | Realizar el análisis bacteriológico y parasitológico de los sistemas de agua para consumo humano. | | |
| 6 | Realizar la lectura de las láminas de bacilos copia al 100% del SRI. | | |
| 7 | Impulsar en la búsqueda activa de SRI, SF y Leishmaniosis. | | |
| 8 | Realizar diagnósticos oportunos en microbiología, parasitología. Bioquímica, hematología y otros. | | |
| 9 | Garantizar el cumplimiento de indicadores del SIS al 100% | | |
| 10 | Extracción de las muestras de sangre según protocolo establecido para cada prueba y preparación de las muestras. | | |
| 11 | Realizar al 100% monitoreo urbano y rural en todo sus sistemas de abastecimiento de agua en forma mensual, por ser un indicador trazador | | |
| 12 | Realizar al 100% inspecciones sanitarias en los Sistemas de Abastecimientos de agua para consumo Humano en su jurisdicción en forma semestral. | | |
| 13 | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas físicas, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados PPR, y otros. | | |
| 14 | Formar parte de actividades preventivo promocionales. | | |
| 15 | Realizar al 100% los análisis bacteriológicos y parasitológicos de los Sistemas de Abastecimientos de Agua para el Consumo Humano en coordinación con la UORSH. | | |
| 16 | Desinfección y/o tratamiento del agua para Consumo Humano por ser un indicador trazador. | | |
| 17 | Cumplir con las normas de bioseguridad, de acuerdo a normatividad vigente. | | |
| 18 | Realizar actividades intramurales (40%), actividades extramurales (30%), Visitas Domiciliarias (20%) y actividades administrativas (10%) | | |
| 19 | Participar en el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales. | | |
| 20 | Uso correcto y conservación de los equipos y bienes del EE.SS. | | |
| 21 | Realizar otras funciones que le designe el jefe inmediato superior. | | |
| **COORDINACIONES PRINCIPALES** | | | |
| **Coordinaciones Internas** | | | |
| Todos los Servicios de Establecimiento de Salud bajo la Jurisdicción. | | | |
| **Coordinaciones Externas** | | | |
| Todas las unidades orgánicas. | | | |

|  |
| --- |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **a) Formación Académica.** | | | | |  | **b) Grado(s)/Situación académica y estudios requeridos para el puesto.** | | | | |  | **c) ¿Se requiere colegiatura?** | | | |
|  |  |  |  | **Completa** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Secundaria |  |  |  |  |  | Egresado(a) |  | Biólogo/a | |  | X | Sí |  | No |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Técnica básica |  |  |  |  |  | Bachiller |  |  | **¿Requiere habilitación profesional?** | | | |
|  | (1 ó 2 años) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | Sí |  | No |
|  | Técnica superior |  |  |  |  | X | Título / |  |  |  |  |  |  |
|  | (3 ó 4 años) |  |  |  |  |  | Licenciatura |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X | Universitario |  |  | X |  |  | Maestría |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Egresado |  | Titulado |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTOS** |
| **A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto *(No requiere documentación sustentatorios).*** |
| Conocimiento de Normas Técnicas Vigentes del MINSA |
| **B) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.** |
| Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 20 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas |
| **Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:** |
| Certificado de Vigilancia de Calidad de Agua de Consumo Humano. |
| Diplomado en Salud Publica y otros |
| Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. |
| **C) Conocimientos de ofimática e idiomas** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Nivel de dominio** | | |  |  | **Nivel de dominio** | | | |
| **OFIMÁTICA** | | **No aplica** | **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |  | **IDIOMAS** | **No aplica** | **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |
| Procesador de textos (Word) | |  | X |  |  |  | Inglés | X |  |  |  |
| Hojas de cálculo (Excel) | |  | X |  |  |  | Quechua | X |  |  |  |
| Programa de presentaciones Power Point) | |  | X |  |  |  | ……….. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA** |
| **Experiencia general** |
| Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado. |
| Experiencia mínima 1 año en la profesión sustentado con resoluciones de término (Incluyendo SERUMS). |
| **Experiencia específica** |
| A).Marque el **nivel mínimo del puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **X** | Profesional |  | Auxiliar o Asistente |  | Analista |  | Especialista |  | Supervisor/  Coordinador |  | Jefe de Área o Dpto. |  | Gerente o Director |

|  |
| --- |
| B) Indique el tiempo de **experiencia requerido para el puesto**; ya sea en el sector público o privado |
| Experiencia mínima 1 año en la profesión sustentado con contratos CAS, 728, Resoluciones 276 (Incluyendo SERUMS). |
| C) En base a la experiencia requerida para el puesto **(parte B)**, marque **si es o no** necesario contar con la experiencia en el **Sector Público**. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí,** el puesto requiere contar con experiencia en el sector público. | X | **No,** el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **HABILIDADES O COMPETENCIAS** |
| Compromiso y Responsabilidad en cumplimiento de metas y objetivos |
| Ética y Valores: Solidaridad y Honradez |
| Liderazgo, Proactividad con capacidad para trabajar en equipo |
| Predisposición para trabajar en campo |
| Comunicación efectiva y adecuadas relaciones interpersonales, que promuevan un buen clima laboral |
| Adaptación a costumbres e idiosincrasia de comunidades rurales y/o grupos étnicos |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL DEL PUESTO** | | | **PSIC. - 03** |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO** | | | |
| **Unidad Orgánica:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Denominación:** | | Psicólogo | |
| **Nombre del puesto:** | | Psicólogo | |
| **Dependencia jerárquica lineal:** | | Unidad Operativa Red de Salud Huaytará - Centro de Salud de Querco | |
| **Dependencia jerárquica funcional:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Puestos que supervisa:** | | --- | |
| **MISIÓN DEL PUESTO** | | | |
| Contar con un profesional Psicólogo para atención psicológica clínica y social a los pacientes, mediante la evaluación e intervenciones individuales y grupales, enmarcados en cumplimiento de indicadores del SIS en el primer nivel de atención de salud. | | | |
| **FUNCIONES DEL PUESTO** | | | |
| 1 | Efectuar procesos de evaluación, intervención y seguimiento psicológico de pacientes ambulatorios y hospitalizados de manera individual o grupal. | | |
| 2 | En el ámbito de la Micro red de salud podrá participar en las visitas domiciliarias, brigadas móviles. | | |
| 3 | Desarrollar programas de orientación sobre el manejo de pacientes con problemas psicológicos y realizar el tamizaje de salud mental en violencia, alcohol, drogas, psicosis y depresión. | | |
| 4 | Garantizar el cumplimiento de los indicadores SIS y FED al 100% | | |
| 5 | Realizar actividades intramurales (40%), actividades extramurales (30%), visitas domiciliarias (20%) y actividades administrativas (10%). | | |
| 6 | Elaborar informes documentos relativos a la prestación del servicio en la historia clínica y otros que le sean requeridos. | | |
| 7 | Efectuar procesos de evaluación, intervención y seguimiento psicológico ambulatorio. | | |
| 8 | Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables. | | |
| 9 | Desarrollar y aplicar cuestionarios de aptitudes y habilidades. | | |
| 10 | Aplicar e interpretar instrumentos psicológicos que permitan tener elementos suficientes para emitir un juicio en el diagnóstico y apoyar en la realización de referencias a la especialidad de psiquiatría en caso de ser requerido. | | |
| 11 | Realizar visita Familiar Integral. | | |
| 12 | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población. | | |
| 13 | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del Presupuesto por Resultaos (PpR). | | |
| 14 | Otras funciones asignadas por el jefe inmediato superior, acorde a los objetivos institucionales. | | |
| **COORDINACIONES PRINCIPALES** | | | |
| **Coordinaciones Internas** | | | |
| Todos los Servicios de Establecimiento de Salud bajo la Jurisdicción. | | | |
| **Coordinaciones Externas** | | | |
| Todas las unidades orgánicas. | | | |

|  |
| --- |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **a) Formación Académica.** | | | | |  | **b) Grado(s)/Situación académica y estudios requeridos para el puesto.** | | | | |  | **c) ¿Se requiere colegiatura?** | | | |
|  |  |  |  | **Completa** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Secundaria |  |  |  |  |  | Egresado(a) |  | Psicólogo | |  | X | Sí |  | No |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Técnica básica |  |  |  |  |  | Bachiller |  |  | **¿Requiere habilitación profesional?** | | | |
|  | (1 ó 2 años) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | Sí |  | No |
|  | Técnica superior |  |  |  |  | X | Título / |  |  |  |  |  |  |
|  | (3 ó 4 años) |  |  |  |  |  | Licenciatura |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X | Universitario |  |  | X |  |  | Maestría |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Egresado |  | Titulado |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTOS** |
| **A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto *(No requieren documentación sustentatorios).*** |
| Conocimiento de Normas Técnicas Vigentes del MINSA |
| **B) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.** |
| Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas |
| **Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:** |
| Certificados en Terapia de transtornos mentales |
| Diplomado en Salud Publica y otros |
| Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. |
| **C) Conocimientos de ofimática e idiomas** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Nivel de dominio** | | |  |  | **Nivel de dominio** | | | |
| **OFIMÁTICA** | | **No aplica** | **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |  | **IDIOMAS** | **No aplica** | **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |
| Procesador de textos (Word) | |  | X |  |  |  | Inglés | X |  |  |  |
| Hojas de cálculo (Excel) | |  | X |  |  |  | Quechua | X |  |  |  |
| Programa de presentaciones Power Point) | |  | X |  |  |  | ……….. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA** |
| **Experiencia general** |
| Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado |
| Experiencia mínima 1 año en la profesión sustentado con contratos CAS, 728, Resoluciones 276 (Incluyendo SERUMS) |
| **Experiencia específica** |
| A).Marque el **nivel mínimo del puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **X** | Profesional |  | Auxiliar o Asistente |  | Analista |  | Especialista |  | Supervisor/  Coordinador |  | Jefe de Área o Dpto. |  | Gerente o Director |

|  |
| --- |
| B) Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto**; ya sea en el sector público o privado |
| Experiencia mínima 1 año en la profesión sustentado con contratos CAS, 728, Resoluciones 276 (Incluyendo SERUMS) |
| C) En base a la experiencia requerida para el puesto **(parte B)**, marque **si es o no** necesario contar con la experiencia en el **Sector Público**. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí,** el puesto requiere contar con experiencia en el sector público. | X | **No,** el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |
| **HABILIDADES O COMPETENCIAS** |
| Compromiso y Responsabilidad en cumplimiento de metas y objetivos |
| Ética y Valores: Solidaridad y Honradez |
| Liderazgo, Proactividad con capacidad para trabajar en equipo |
| Predisposición para trabajar en campo |
| Comunicación efectiva y adecuadas relaciones interpersonales, que promuevan un buen clima laboral |
| Adaptación a costumbres e idiosincrasia de comunidades rurales y/o grupos étnicos |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL DEL PUESTO** | | | **PIL. AMB. - 04** |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO** | | | |
| **Unidad Orgánica:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Denominación:** | | Piloto de Ambulancia | |
| **Nombre del puesto:** | | Piloto de Ambulancia | |
| **Dependencia jerárquica lineal:** | | Unidad Operativa Red de Salud Huaytará - Centro de Salud Querco. | |
| **Dependencia jerárquica funcional:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Puestos que supervisa:** | | --- | |
| **MISIÓN DEL PUESTO** | | | |
| Garantizar el traslado de pacientes en situación de emergencia de los EE.SS.,  velar por la operatividad técnica de las unidades móviles y ambulancia de los centros de Salud. | | | |
| **FUNCIONES DEL PUESTO** | | | |
| 1 | Transportar al paciente en la ambulancia destinado por el establecimiento de salud. | | |
| 2 | Cumplir con las indicaciones del responsable de la Unidad móvil, mostrando disciplina, disponibilidad y eficiencia en su desempeño. | | |
| 3 | Conducir con eficiencia la unidad móvil, respetando las reglas de tránsito. | | |
| 4 | Cumplir en el Horario establecido y permanecer en su puesto hasta ser relevado. | | |
| 5 | Mantener en perfecto estado, orden y limpieza la ambulancia asignada por el establecimiento de salud. | | |
| 6 | Velar por el buen uso de acuerdo a las normas y mantenimiento que se le debe hacer a la ambulancia asignado por el establecimiento de salud; cambio de aceite, revisión de líquidos, frenos, motor, etc. | | |
| 7 | Describir en el recibo de gasolina, el kilometraje con el cual cuenta la ambulancia asignado por el establecimiento de salud, en el momento de llenar el tanque. | | |
| 8 | Informar de manera inmediata al jefe inmediato, cualquier irregularidad, percance, o inconveniente que se presente dentro del desarrollo de sus actividades, tanto de manera personal como con la ambulancia asignado por el establecimiento de salud. | | |
| 9 | Llevar un registro detallado del combustible utilizado, el kilometraje y medir los niveles de f luidos (Agua Combustible, líquido de freno y otros) al recibir su turno y verificar la presión del aire de las llantas al iniciar sus labores. | | |
| 10 | Informar por escrito en el momento del relevo (BITACORA), sobre todo desperfecto, daño o pérdida que sufra la unidad a la cual está asignado. | | |
| 11 | Asistencia obligatoria a todas las actividades de coordinación y capacitación convocadas por el personal de salud. | | |
| 12 | Disponibilidad inmediata ante cualquier ocurrencia de emergencia masiva y desastres. | | |
| 13 | Coordinar y mantener informado al jefe inmediato sobre las actividades y ocurrencias suscitados dentro su turno. | | |
| 14 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior. | | |
| **COORDINACIONES PRINCIPALES** | | | |
| **Coordinaciones Internas** | | | |
| Todos los Servicios de Establecimiento de Salud bajo la Jurisdicción. | | | |
| **Coordinaciones Externas** | | | |
| Todas las unidades orgánicas. | | | |

|  |
| --- |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **a) Formación Académica.** | | | | |  | **b) Grado(s)/Situación académica y estudios requeridos para el puesto.** | | | | |  | **c) ¿Se requiere colegiatura?** | | | |
|  |  |  |  | **Completa** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X | Secundaria |  |  | X |  |  | Egresado(a) |  | Piloto de Ambulancia | |  |  | Sí | x | No |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Técnica básica |  |  |  |  |  | Bachiller |  |  | **¿Requiere habilitación profesional?** | | | |
|  | (1 ó 2 años) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Sí | x | No |
|  | Técnica superior |  |  |  |  |  | Título / |  |  |  |  |  |  |
| (3 ó 4 años) |  |  |  |  | Licenciatura |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Universitario |  |  |  |  |  | Maestría |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Egresado |  | Titulado |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTOS** |
| **A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto *(No requieren documentación sustentatorios).*** |
| Conocimiento de primeros auxilios. |
| Conocimiento en mecánica automotriz. |
| Conocimiento en normas de tránsito y transporte de pacientes. |
| **B) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.** |
| Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 6 horas de capacitación y los diplomados no menos de 50 horas. |
| **Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:** |
| Certificado de Estudios - Secundaria Completa. |
| Licencia de Conducir Vigente A-IIB. |
| Record de conducir. |
| Acreditar capacitación en primeros auxilios. |
| Acreditar capacitación en mecánica automotriz. |
| Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. |
| **C) Conocimientos de ofimática e idiomas** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Nivel de dominio** | | |  |  | **Nivel de dominio** | | | |
| **OFIMÁTICA** | | **No aplica** | **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |  | **IDIOMAS** | **No aplica** | **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |
| Procesador de textos (Word) | | X |  |  |  |  | Inglés | X |  |  |  |
| Hojas de cálculo (Excel) | | X |  |  |  |  | Quechua | X |  |  |  |
| Programa de presentaciones Power Point) | | X |  |  |  |  | ……….. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA** |
| **Experiencia general** |
| Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado. |
| Experiencia mínima 3 meses en la profesión sustentado con Contratos Administrativos de Servicios (CAS), Contratos de Locación de Servicios, Contratos 728 y/o Resoluciones 276. |
| **Experiencia específica** |
| A).Marque el **nivel mínimo del puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Profesional | **X** | Auxiliar o Asistente |  | Analista |  | Especialista |  | Supervisor/  Coordinador |  | Jefe de Área o Dpto. |  | Gerente o Director |

|  |
| --- |
| B) Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto**; ya sea en el sector público o privado |
| Experiencia mínima 3 meses en la profesión sustentado con Contratos Administrativos de Servicios (CAS), Contratos de Locación de Servicios, Contratos 728 y/o Resoluciones 276. |
| C) En base a la experiencia requerida para el puesto **(parte B)**, marque **si es o no** necesario contar con la experiencia en el **Sector Público**. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí,** el puesto requiere contar con experiencia en el sector público. | x | **No,** el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **HABILIDADES O COMPETENCIAS** |
| Compromiso y Responsabilidad en cumplimiento de metas y objetivos |
| Ética y Valores: Solidaridad y Honradez |
| Liderazgo, Proactividad con capacidad para trabajar en equipo |
| Predisposición para trabajar en campo |
| Comunicación efectiva y adecuadas relaciones interpersonales, que promuevan un buen clima laboral |
| Adaptación a costumbres e idiosincrasia de comunidades rurales y/o grupos étnicos |

**ETAPAS DE EVALUACION**

**EVALUACION CURRICULAR (60 PTOS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES DE LA SALUD CON FUNCIÓN ASISTENCIAL** | **PUNTAJE MAXIMO** |
| **EVALUACION CURRICULAR** | **60** |
| **1. Información:** | **25** |
| Título profesional a nombre de la Nación | **20** |
| Certificado de Especialización | **2** |
| Constancia de término de Especialización | **1** |
| Certificado de Maestría con Título | **3** |
| Constancia de término de Maestría | **1.5** |
| **2. Experiencia Laboral** | **20** |
| Resolución de Términos de SERUMS-SECIGRA / 1 año experiencia. | **5** |
| Experiencia laboral en el Sector Público, máximo hasta 5 años (3 puntos por año) | **15** |
| Experiencia laboral en el Sector Privado, máximo hasta 5 años (1.5 puntos por año) | **7.5** |
| **3. Capacitación** | **12** |
| Diplomado en Salud de acuerdo al perfil (2 puntos por cada diploma igual o mayor a 90 horas en capacitación de los últimos 5 años a la fecha de la Evaluación Curricular). | **6** |
| Cursos de Capacitación en Salud de acuerdo al perfil (1 punto por cada Curso igual o mayor a 20 horas en capacitación y/o de dos días a más de los últimos 5 años a la fecha de la Evaluación Curricular). | **6** |
|  |
| 4. **Reconocimientos**: | **3** |
| Resoluciones, cartas, constancias y otros documentos de reconocimiento (1 punto c/u máx. 3) | **3** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PILOTO DE AMBULANCIA** | **PUNTAJE MAXIMO** |
| **EVALUACION CURRICULAR** | **60** |
| **1. Información:** | **25** |
| Brevete Profesional facultado para manejo de Ambulancia AII - B | **INDISPENSABLE** |
| Certificado de estudios - Secundaria Completa | **25** |
| **2. Experiencia Laboral** | **20** |
| Experiencia laboral en el Sector Público al cargo que postula, máximo hasta 5 años  (4 puntos por año) | **20** |
| Experiencia laboral en el Sector Público al cargo que postula, máximo hasta 5 años  (2 puntos por año) | **10** |
| **3. Capacitation** | **12** |
| Cursos de Capacitación de acuerdo al perfil (2 puntos por cada Curso igual o mayor a 06 horas en capacitación y/o de dos días a más de los últimos 5 años a la fecha de la Evaluación Curricular). | **12** |
|  |  |
| 4. **Reconocimientos**: | **3** |
| Resolución de reconocimiento o felicitaciones ( 1 punto c/u máx. 3) | **3** |

**ENTREVISTA PERSONAL (40 PTOS)**

La presente etapa es un complemento de la etapa anterior, explorándose en el postulante su Personalidad, conocimientos generales, experiencia en el cargo, rasgos de carácter, aspiraciones e interés entre otros, aspectos.

#### FORMULARIO DE EVALUACION PARA LA ENTREVISTA PERSONAL

APELLIDOS Y NOMBRES:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

CARGO AL CUAL POSTULA: ………………………………………………………………………………………………………………..………………………………..

#### UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ - UNIDAD EJECUTORA 007 GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ

FECHA: ………/………/……….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FACTORES A EVALUAR** | **TOTAL** |  |
| **I. ASPECTO PERSONAL Y PUNTUALIDAD - SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EMOCIONAL**  Mide la presencia, la naturaleza en el vestir y la limpieza del postulante.  Mide el grado de seguridad y serenidad del postulante para expresar sus ideas, también el aplomo y circunspección para adaptarse a determinadas circunstancias. Modales. | **10 máx.** |  |
| **II. CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL**  Mide el grado de capacitación que ha desarrollado el servidor de acuerdo al cargo a desempeñar en el Área requerida, asimismo la experiencia laboral pondrá en conocimiento que tiempo ha desempeñado en cargo similares con anterioridad. | **15 máx.** |  |
| **III. CAPACIDAD DE PERSUACION Y TOMA DE DECISIONES**  Mide la habilidad, expresión oral y persuasión del postulante para emitir argumentos válidos, a fin de lograr la aceptación de sus ideas, con el fin de conseguir resultados objetivos. | **5 máx.** |  |
| **IV. CONOCIMIENTO DE CULTURA GENERAL**  Mide la magnitud de los conocimientos del postulante relacionados con el cargo, la política nacional de salud cultura general. | **10 máx.** |  |

**ANEXO Nº 01**

**PUNTAJE TOTAL 40 40**

**CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE**

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno |  | | |
| Apellido Materno |  | | |
| Nombres |  | | |
| Domicilio Legal |  | | |
| Anexo: | Distrito: | Prov.: | Dep.: |
| Fecha de nacimiento |  | | |
| N° de DNI |  | | |
| N° de RUC |  | | |
| Teléfono Fijo |  | | |
| Teléfono Móvil |  | | |
| Correo electrónico |  | | |

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO N° 02

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES, NO MANTENER VÍNCULO LABORAL O HABER RENUNCIADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES A UN PUESTO Y/O CARGO EN LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con RUC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

* Que cumpliré con las prestaciones a mi cargo relacionadas al objeto de la contratación.
* No mantener vínculo laboral o haber renunciado en los últimos 12 meses a un puesto y/o cargo en la Unidad Operador Red de Salud Huaytará.

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO Nº 03

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con RUC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

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

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO Nº 04

**LEY Nº 26771 - DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIÓN DE DOBLE PERCEPCIÓN**

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

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

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO Nº 05

**LEY Nº 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO**

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 00-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

Que no me une parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con persona que a la fecha son integrantes del Comité de Contratación Administrativa de Servicios de la Gerencia Sub Regional de Huaytará, bajo cualquier denominación que involucre la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios.

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

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Relación | Apellidos y nombres | Oficina donde presta servicios |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 06**

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR BUENA SALUD FISICA Y MENTAL

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

* Gozar de buena Salud Física y Mental.

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 07**

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR REGISTRADO EN EL REDAM

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

* **NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS,** ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción en el REDAM.

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO Nº 08

DECLARACION JURADA DE PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS Y/O PERSONA CON DISCAPACIDAD

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 007-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

**BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

**(Marque con un “x” la respuesta)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI** | **NO** |
| Usted es una persona licenciada de las Fuerzas Armadas y cuenta con la certificación correspondiente. |  |  |

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD**

**(Marque con un “x” la respuesta)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **SI** | **NO** |
| Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley Nº 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y cuenta con la acreditación correspondiente? |  |  |

Declaro bajo juramento que la información consignada en el presente documento es verdadera, sometiéndome al proceso de fiscalización posterior.

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 09**

**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

**Nº DE CONVOCATORIA:**

1. **DATOS PERSONALES**

**Apellido Paterno Apellido Materno Nombres**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_

**Lugar** **día /mes/año**

**ESTADO CIVIL:**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

**RUC:**

**DIRECCIÓN:**

**Avenida/Calle**

**DISTRITO:**

**PROVINCIA:**

**DEPARTAMENTO:**

**TELÉFONO FIJO:**  **CELULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**COLEGIO PROFESIONAL:** (SI APLICA)

**REGISTRO N° :**

**LUGAR DEL REGISTRO:**

**PERSONA CON DISCAPACIDAD**

El postulante es discapacitado:

SI NO N° REGISTRO:

Si la respuesta es afirmativa, indicar el número de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título** | **Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta**  **(mes/año)** | **Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año)** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Titulo |  |  |  |  |  |
| Bachiller |  |  |  |  |  |
| Estudios Técnicos |  |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |  |
| **Nota:**  (1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.  (2) Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO) | | | | | |

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre del Curso y/o Estudios de Especialización** | **Centro de Estudios** | **Fecha** | | **Duración en Horas** |
| **Inicio** | **Fin** |
| 01 |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

1. **EXPERIENCIA LABORAL**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Cargo Desempeñado** | **Fecha de inicio** | | | **Fecha de culminación** | | | **Tiempo en el cargo** | | **Experiencia en la Entidad** | | | |
| **Publica** | **Privada** | **ONG** | **Otro** |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Año** | **Mes** |
| 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecida por Ley 27444.

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma Huella**

**Digital**

**ANEXO N° 10**

**FICHA DE DATOS DEL TRABAJADOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □MASCULINO  □FEMENINO |  |  |  |  |  |
| DNI | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | UBIGEO DNI | DISTRITO | PROVINCIA | DEPARTAMENTO |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA ACTUAL | DISTRITO | PROVINCIA | DEPARTAMENTO |
| DOMICILIO | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| TELÉFONO DOMICILIARIO | TELEFONOS MOVIL | E-MAIL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CCI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Banco de la Nación (Preferentemente)  □ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CTA: - - |
| RUC | BOUCHER DE BANCO (Código de Cuenta Interbancaria y Cuenta de Ahorro/Corriente) | NOMBRE DE BANCO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| MENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL | FECHA DE TITULACIÓN | NUMERO DE COLEGIATURA | FECHA DE COLEGIATURA |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| ESTADO CIVIL | NOMBRES COMPLETO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE | NOMBRES COMPLETO | TELÉFONO |
| FAMILIAR EN CASO DEEMERGENCIAS | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ Vehículo Menor  □ Vehículo Mayor | N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | □ S  □ M  □ L | □ XL  □ XXL  □ \_\_\_\_ | □ S  □ M  □ L | □ XL  □ XXL  □ \_\_\_\_ |  |
| Tipo de Licencia de Conducir | Licencia de Conducir | Clase-Categoría | Talla de Chaqueta / Casaca | | Talla de Buzo | | Talla de Calzado |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SISTEMA DE PENSIONES | | | | |
| □Deseo Afiliarme □ Me encuentro afiliado | | | | |
| □ | O.N.P. | | | Sistema Nacional de Pensiones[**www.onp.gob.pe**](http://www.onp.gob.pe) |
| □  □ | AFP Integra  AFP Profuturo | □  □ | AFP Horizonte  AFP Prima | Sistema Privado de Pensiones [**www.sbs.com.pe**](http://www.sbs.com.pe) |

Declaro bajo juramento que los datos consignados son veraces y se sustentan en la documentación presentada oportunamente y la que presentaré en caso de actualización a la Oficina correspondiente con la finalidad de ser anexada a mi Legajo Personal.

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Firma y Posfirma del Declarante | Índice Derecho Huella Digital |

Adjuntar: Copia DNI, Títulos Profesional, Boucher Banco de la Nación, Licencia de Conducir, Fotografía Pasaporte Digital en formato. JPG

**DATOS DE LA PLAZA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº  ORDEN CAP | CARGO | CODIGO PLAZA | CLASIFICACIÓN | ESTABLECIMIENTO | SITUACION LABORAL | DEPENDENCIA | UNIDAD EJECUTORA |
|  | □ M.C. GINECO-OBSTETRA  □ M.C. GENERAL  □ M.C. INTERNISTA  □ M.C. PEDIATRA  □ M.C. ANASTESIOLOGO  □ ENF. CENTRO QUIRURGIC.  □ ENF. ESPECIALISTA  □ ENF. UNIDAD DE SEGURO  □ ENF. EPIDEMIOLOGIA  □ MEDICO CIRUJANO  □ENFERMERIA  □OBSTETRIZ  □ BIOLOGO  □ PSICOLOGIA  □ NUTRICIONISTA  □ CIRUJANO DENTISTA  □ QUIMICO FARMACEUTICO  □ TECNOLOGO MEDICO  □TEC. ENFERMERIA  □TEC. FARMACIA  □TEC. LABORATORIO  □TEC. RADIOLOGO  □ING. SISTEMAS  □OPERADOR PAD  □ASIST. ADMINISTRATIVO  □PERSONAL DE SEGURIDAD  □ PERSONAL LIMPIEZA  □SERVICIOS GENERALES  □CHOFER  □ OTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | □C.S.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □P.S.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □OFICINA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □AREA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □Nombrado  (\*)  □Contrato D.L. 276  □Contrato D.L. 1057  □Serums Nacional  □Serums Regional | UNIDAD OPERATIVA RED SALUD HUAYTARA | 007 REGION HUANCAVELICA - GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA |

**DE LA CONDICION CONTRACTUAL (\*)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (\*) MODALIDAD  CONTRACTUAL | DOCUMENTO CONTRACTUAL | | | FECHA CONTRACTUAL | | REMUNERACION  MENSUAL |
| TIPO | N° | FECHA | INICIO | TERMINO |
| □D.L. 276 - MINSA  □D.L. 1057 – C.A.S. | □Resolución  □Contrato | N°\_\_\_\_\_\_\_\_-201\_\_/  GOB.REG.HVCA/GSRH**/**G. | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/201\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/201\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/201\_\_\_ | S/. \_\_\_\_\_\_\_\_.00 |
| □Serums Nacional  □Serums Regional | □Proveido | Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_--\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/201\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/201\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/201\_\_\_ | MODALIDAD:  □Remunerado  □Equivalente |
| Otro:  □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |

**DE LA MODALIDAD PRESUPUESTAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRESUPUESTO | |  | | PRESUPUESTO PPR | | |
| □ | 9001 ExPAAG - Programa de Administración de Acuerdos de Gestión | |  | | □ | 0001 Programa Articulado Nutricional. | |
| □ | 9001 Funcionamiento Red de Salud | |  | | □ | 0002 Salud Materno Neonatal. | |
| □ | 9002 AISPED Huaytará – Llillinta | |  | | □ | 0016 TBC-VIH/SIDA. | |
| □ | 9001 Hospital Provincial Huaytará | |  | | □ | 0017 Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis. | |
| □ | 9002 Seguro Integral de Salud –AUS | |  | | □ | 0018 Enfermedades No Transmisibles. | |
| □ |  | |  | | □ | 0024 Prevención y Control de Cáncer. | |
|  |  | |  | | □ | 0068 Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRESUPUESTO MINSA - Decreto Legislativo 276 | | | |  | OTROS PRESUPUESTO | | | | | |
| □ | Nombrado. | □ | Serums Nacional. | | |  | □ | PIR – Hvca. | □ | Municipalidad. |
| □ | Contrato a Plazo Fijo. | □ | Serums Regional. | | |  | □ | SISMED – Hvca. | □ |  |

**DEL TIPO INGRESO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MEDIANTE: | DOCUMENTO: | DE FECHA: | CONCEPTO |
| □ | CONVOCATORIA | \_\_\_\_\_\_\_-201\_\_\_/ GOB.REG.HVCA/GSRH |  |  |
| □ | PROPUESTA DIRECTA | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_-201\_\_/UORSH |  |  |
| □ | OTRO: |  |  |  |

Huaytará, \_\_\_ de octubre de 2018