



GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA  
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA

# FE DE ERRATAS I

## BASES

CONCURSO PUBLICO.

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION  
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

*CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP*

CALLE: MUNICIPALIDAD S/N. HUAYTARÁ-HUANCVELICA.

2019



PERÚ

Ministerio  
de Salud

# DICE:



## CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

### CAPITULO I

#### I. GENERALIDADES

##### 1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : Gerencia Sub Regional Huaytará.  
RUC N° : 20494643473.

##### 2. DOMICILIO LEGAL

Calle Municipalidad S/N, Huaytará, Huaytará, Huancavelica.

##### 3. OBJETO DE LA CONVOCATORIA.

Contratar Personal Profesional de la Salud (Asistenciales), Personal Profesional (Administrativos), Personal Técnico (Administrativo) y Personal Técnico (Administrativo), para cubrir las plazas previstas en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP), aprobada mediante Ordenanza Regional N° 409-GOB.REG.HVCA/CR de fecha 14 de noviembre de 2018. Por el periodo de 04 meses (Setiembre - Diciembre).

##### 4. DEPENDENCIA A CARGO DE LA CONVOCATORIA

El órgano encargado es el Comité Especial Permanente de Proceso de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios - CAS para el Año Fiscal 2019 de la Unidad Operativa Red de Salud - Huaytará, Aprobado mediante Resolución Gerencial Sub Regional N° 185-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H/G.

##### 5. COSTO TOTAL DEL SERVICIO

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

##### 6. 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 al cargo que postula.
- Entrevista Personal.

##### 7. BASE LEGAL.

- ✓ Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- ✓ Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- ✓ Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- ✓ Ley N° 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° 30879, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019.
- ✓ D.L. N° 1057, 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 N° 065-2011-PCM
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 141-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Ley N° 26771 de Nepotismo y su reglamento.



- ✓ Ley N° 27050 Ley General de la Persona con Discapacidad.
- ✓ Norma sobre el registro de Sanciones de Destitución y Despido, creado por D.S. N° 089-2006-PCM.
- ✓ Ley N° 27815 Código de Ética de la Función Pública
- ✓ D.S. N° 054-99-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.

<b>CONVOCATORIA</b>		
1	Publicación en el Ministerio de Trabajo - HVCA.	A partir del 23 de agosto de 2019.
2	Publicación de Convocatoria en el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica	A partir del 23 de agosto de 2019.
3	Presentación curricular por mesa de partes de la Gerencia Sub Regional Huaytará Calle Municipalidad S/N – Huaytará	10 de setiembre de 2019. Hora: de 08:00 a.m. a 01:00 p.m, de 2:30 pm a 05:30 pm.
<b>SELECCIÓN</b>		
4	Evaluación Curricular	11 de setiembre de 2019.
5	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular	11 de setiembre de 2019. A partir de las 5:30 p.m.
6	Presentación de Recursos de Reconsideración	12 de setiembre de 2019 de 08:00 a.m. a 09:00 a.m.
7	Absolución de Recursos de Reconsideración	12 de setiembre de 2019 de 09:30 a.m. a 10:30 a.m.
8	Publicación del cuadro de Méritos Final de Evaluación curricular	12 de setiembre de 2019 de 10:30 a.m.
9	Entrevista Personal Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	12 de setiembre de 2019 Hora: 11:00 p.m.
10	Publicación de Cuadro de Méritos Final	12 de setiembre de 2019 Hora: 5:30 p.m.
11	Adjudicación de Plazas: Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	12 de setiembre de 2019 5:30 p.m.
<b>INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO</b>		
12	Suscripción del Contrato	13 de setiembre de 2019
13	Inicio de labores del Personal: Asistencial y Administrativo.	13 de setiembre de 2019

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

## 2.2 DOCUMENTACION A PRESENTAR:

### Lugar y horario de presentación de propuesta:

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Duración del contrato:	- Inicio : 13 de setiembre de 2019 - Término : 31 de diciembre de 2019
Otras condiciones esenciales del contrato	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No tener impedimentos para contratar con el Estado.</li> <li>✓ No encontrarse registrado en el Cuaderno de Deudores Alimentistas.</li> <li>✓ No tener sanción por falta administrativa vigente.</li> <li>✓ No tener Antecedentes Judiciales, Policiales, Penales ni proceso(s) judicial(es) por alimentos u otros.</li> <li>✓ El personal asistencial, no debe haber renunciado en un lapso de 30 días calendarios anteriores a la fecha de presentación de documentos de la presente convocatoria, a un puesto o establecimiento de salud.</li> </ul>

### 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, código de la plaza y nombre del cargo al que postula. Este documento deberá de presentarse con solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará, con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS - 2019, conforme al siguiente detalle:

Señores:	
GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
Comité de Evaluación 2019.	
<b>PROCESO CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP</b>	
Apellidos y Nombre Del Postulante:.....	
Código de la Plaza: ..... Nombre del Cargo al que postula:.....	
Folios: .....	Firma: .....

Los formatos/anexos 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, firmados y con la huella del postulante en cada uno de los documentos presentados; el título profesional, bachiller y/o técnico, y el DNI, deberán ser legalizados por la Institución de Origen y/o ante Notario Público; estos documentos no deben tener más de tres (03) meses de antigüedad a la fecha de la presentación (10/09/2019).



### **SOBRE CURRICULAR:**

*Documentación de presentación obligatoria:*

- a) *Solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará (con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS-2019), comunicando el deseo de participar en la presente Convocatoria, nombre completo del postulante, código de la plaza y nombre del cargo al que postula.*
- b) *Copia del Documento de Identidad Nacional legalizado por notario, no debiendo tener una antigüedad mayor a tres (03) meses a la fecha de la presentación (10/09/2019).*
- c) *Copia del Título Profesional/Bachiller y/o Título Técnico legalizado por notario público o la Institución de Origen, no debiendo tener una antigüedad mayor a tres (03) meses a la fecha de la presentación (10/09/2019).*
- d) *Resolución de término de SERUMS obligatorio (profesionales de Salud).*
- e) *Constancia de Habilidad Profesional vigente en original de los profesionales de la salud (indispensable).*
- f) *Declaración Jurada de los Datos del Postulante. (Anexo N° 1).*
- g) *Carta de Declaración Jurada de Cumplimiento de prestaciones, para el **personal Asistencial** no deben Haber Renunciado en los últimos treinta (30) días calendarios, a un Puesto y/o Centro de Salud, en La Unidad Operativa Red De Salud Huaytará, (Anexo N°02).*
- h) *Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa ni judicialmente para contratar con el Estado. (Anexo N°03).*
- i) *Ley N° 26771 - Declaración Jurada sobre Prohibición de Doble Percepción. (Anexo N°04).*
- j) *Declaración Jurada en la que el postulante declare no tener parentesco con los miembros del Comité de Evaluación del Contrato Administrativo de Servicios N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP, y/o funcionarios de la institución de acuerdo a Normas. (Anexo N°05).*
- k) *Declaración Jurada de contar con Buena Salud Físico Mental. (Anexo N° 06).*
- l) *Declaración Jurada de No estar Registrado en el REDAM. (Anexo N° 07).*
- m) *Declaración Jurada de Persona Licenciada de las Fuerzas Armadas y/o Persona Con Discapacidad. (Anexo 08).*
- n) *Currículum Vitae debidamente sustentado y documentado. (Anexo N°09).*
- o) *Ficha de Datos del Trabajador (Postulante). (Anexo N°10)*

### **NOTA:**

- 1) *Todos los anexos deberán ser llenados de acuerdo al modelo adjunto, CASO CONTRARIO SERÁN CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN;*
- 2) *Toda la documentación presentada incluido el Currículum deberá estar **FOLIADO (Enumerar literal y numéricamente, de manera ascendente iniciando de la última página además con huella en cada folio) Y ORDENADO, CASO CONTRARIO NO SERÁN CONSIDERADOS PARA LA EVALUACIÓN CURRICULAR.***
- 3) *El postulante declarado ganador, deberá presentar el original de cada uno de los documentos presentados en la presente Convocatoria CAS, con la finalidad de que los Fedatarios acreditados de la Red de Salud Huaytará, certifiquen la veracidad de los mismo; **EN CASO QUE EL POSTULANTE DECLARADO GANADOR NO PRESENTE EL (LOS) ORIGINAL (ES) DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LA PRESENTE CONVOCATORIA, SERÁ CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN INMEDIATA DEL PROCESO CAS,** y se comunicará el primer elegible apto para realizar .*



4) 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.

5) 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.

La calificación será considerada de 0 a 100 puntos, teniendo en cuenta los puntajes máximos y mínimos aprobatorios por cada etapa de evaluación:

- **Evaluación Curricular: 60 puntos**

<b>Puntaje a considerar en la Evaluación Curricular</b>	
Puntaje máximo aprobatorio	60 puntos
Puntaje mínimo aprobatorio	40 puntos

En esta etapa se considerará el puntaje máximo aprobatorio de 60 puntos y mínimo aprobatorio de 40 puntos de acuerdo a los factores de evaluación, el postulante que no obtenga el puntaje mínimo será descalificado automáticamente.

- **Evaluación de Entrevista Personal: 40 puntos.**

<b>Puntaje a considerar en la Entrevista Personal</b>	
Puntaje máximo aprobatorio	40 puntos
Puntaje mínimo aprobatorio	25 puntos

En esta etapa se considerará el puntaje máximo aprobatorio de 40 puntos y mínimo aprobatorio de 25 puntos de acuerdo a los factores de evaluación, el postulante que no obtenga el puntaje mínimo será descalificado automáticamente.

#### **Evaluación del Sobre Curricular:**

- Formación Profesional y Capacitación.
- Experiencia Laboral.
- Méritos y/o Funciones Asignadas.

Se verificará que el sobre curricular cumpla con los requerimientos mínimos contenidos en el Capítulo III de la presente base, de observarse documentos que no estén foliados como lo indica el punto 2.2.1 de la presente base, no será evaluado.

### **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.**

#### **DEBERÁ TOMARSE EN CUENTA LO SIGUIENTE:**

1. Se considerará admitido a todo postulante que **acredite cumplir con el perfil** solicitado; solo podrán pasar a la etapa de entrevista personal aquellos postulantes que obtengan un puntaje igual o superior al puntaje mínimo aprobatorio.
2. **Será descalificado aquel postulante:**
  - **Que omita con presentar alguno de los documentos que debe contener el sobre curricular.**
  - **Que presente documentos dudosos**
  - **Que no cumpla con los requisitos solicitados.**
3. Para efectos de las acreditaciones de capacitación se tomará en cuenta Especializaciones, Diplomados, Cursos y Certificados; para efectos de experiencia laboral se tomará en cuenta Contratos Administrativos de Servicios (CAS), Resoluciones 276, 728 y Contratos por Locación de Servicios, de acuerdo al cargo al 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 PERSUASION 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.**

### **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 priorizará al que tenga mayor experiencia laboral, de persistir el empate se priorizará al que tenga mayor antigüedad del título.

### **2.4 DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

La adjudicación de las plazas se realizará de acuerdo al cronograma, siendo que la **SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO** se realizará el 13 de setiembre del presente año, y el **INICIO DE LABORES** para el Personal Profesionales de la Salud (Asistenciales y Administrativos), Personal Técnico en Salud (Asistenciales y Administrativos) y Personal de Mantenimiento a partir del 13 de setiembre de 2019 al 31 de diciembre de 2019.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

*El ganador deberá tomar posesión del cargo desde el día de inicio de labores (13 de setiembre de 2019), vencido dicho plazo, se procederá a notificar al que quedó elegible en segundo puesto en orden de mérito para que tome posesión del 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.*



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## CAPITULO III

## PLAZAS VACANTES PARA PROCESO DE CONVOCATORIA – 2019

PROFESIONALES DE LA SALUD (ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS), TÉCNICO EN SALUD (ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS) Y PERSONAL DE MANTENIMIENTO PARA LA RED DE SALUD DE HUAYTARÁ									
PROCESO CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP									
N° PLAZA	COD. DE PLAZA	NOMBRE DEL CARGO AL QUE POSTULA	AREA LABORAL	CANT.	MENSUAL	FTE. FTO.	SEC.	PROGRAMA	PLAZO DEL CONTRATO
					S/.		FUN.		
1	MED-01	MEDICO CIRUJANO	C.S. PILPICHACA	2	S/5,400.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
2			C.S. QUERCO	1	S/5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
3			C.S. HUAYTARA	1	S/5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
4			C.S. CORDOVA	1	S/5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
5			C.S. OCOBAMBA	1	S/5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
6			P.S. QUISHUARPAMPA	1	S/5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
7			C.S. SANTIAGO DE CHOCORVOS	1	S/5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
8	LIC ENF-02	LICENCIADA(O) ENFERMERIA	P.S. INGAHUASI	1	S/2,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
9			P.S. QUITO ARMA	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
10			C.S. PILPICHACA	1	S/2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
11			P.S. HUAÑACANCHA	1	S/2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
12			C.S. PACOMARCA	1	S/2,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
13			P.S. HUAYACUNDO ARMA	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
14			P.S. SAN ISIDRO DE HUIROPACANCHA	1	S/2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
15			P.S. QUERCO	1	S/2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
16	OBST-03	OBSTETRA	C.S. PILPICHACA	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
17			P.S. OCOYO	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
18			P.S. SANTO DOMINGO DE CAPILLAR SUR	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019



PERÚ

Ministerio  
de Salud

19			P.S. AYAVI	1	S/2,200.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
20	BIO-04	BIOLOGO/A	P.S. SAN ANTONIO DE CUSICANCHA	1	S/2,200.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
21			C.S. SANTIAGO DE CHOCORVOS	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
22	QUIM FARM-05	QUIMICO(A) FARMACEUTICO	C.S. PILPICHACA	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
23			C.S. SANTIAGO DE CHOCORVOS	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
24			C.S. QUERCO	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
25			C.S. SANTA ROSA DE TAMBO	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
26			C.S. CORDOVA	1	S/2,200.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
27	CD-06	CIRUJANO DENTISTA	P.S. SANTO DOMINGO DE CAPILLAS SUR	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
28			P.S. INGAHUASI	1	S/2,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
29			P.S. LLILLINTA	1	S/2,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
30	PSIC-07	PSICOLOGO(A)	C.S. SANTA ROSA DE TAMBO	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
31	TEC ENF-08	TECNICA(O) EN ENFERMERIA	P.S. QUERCO	1	S/1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
32			P.S. SAN ANTONIO DE CUSICANCHA	1	S/1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
33	ESP ADM - 09	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO I	RED DE SALUD HUAYTARA	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
34	ESP.ADM - 10	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO I	C.S. PILPICHACA	1	S/1,200.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
35	ASIST TEC SEC-11	ASISTENTE TECNICO SECRETARIAL	RED DE SALUD HUAYTARA	1	S/1,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
36	TEC MANT- 12	TECNICO EN MANTENIMIENTO	RED DE SALUD HUAYTARA	1	S/1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
37	TEC FARM- 13	TEC. EN FARMACIA	C.S. HUAYTARA	1	S/2,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
38	ING.BIO-14	INGENIERO BIOMEDICO	RED DE SALUD HUAYTARA	1	S/3,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
39	ING.AMB-15	INGENIERO AMBIENTAL	RED DE SALUD HUAYTARA	1	S/3,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
40	ADM-17	ADMINISTRADOR	RED DE SALUD HUAYTARA	1	S/3,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
41	ESP SOP-18	ESPECIALISTA EN SOPORTE	RED DE SALUD HUAYTARA	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
42	NUT - 19	NUTRICIONISTA	C.S. HUAYTARA	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
43	TEC REA - 20	TECNICO EN REABILITACION	C.S. HUAYTARA	1	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019



PERÚ

Ministerio  
de Salud

44	PAD-21	Operador PAD	C.S. SANTA ROSA DE TAMBO	1	S/1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
45			C.S. QUERCO	1	S/1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019

✓ **CONDICIONES DE TRABAJO.**

✓ Las condiciones de trabajo, se rige de acuerdo a la normatividad CAS vigente y sus modificatorias.

- El personal Asistencial y Administrativo será durante el periodo del contrato, 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 será del 13 de setiembre al 31 de diciembre de 2019.

✓ **FORMA DE PAGO**

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



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		MED-01
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	MEDICO CIRUJANO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	MEDICO CIRUJANO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD - CENTRO DE SALUD / PUESTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CUMPLIR CON LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL, ASÍ COMO TAMBIÉN ACCIONES PARA FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES SIS-FED Y CONVENIOS DE GESTION EN CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES; EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	ORGANIZAR, PLANIFICAR, EVALUAR Y SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DELEGADAS AL EE.SS ACORDE A LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	
2	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS, PROYECTADOS A FAVOR DE LA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS (PPR), SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION.	
3	REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS EFECTIVAS PRIORIZANDO EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL Y SALUD MATERNO NEONATAL.	
4	EXAMINAR, DIAGNOSTICAR Y PRESCRIBIR TRATAMIENTOS MÉDICOS; ASÍ COMO INTERPRETAR ANÁLISIS DE LABORATORIO Y OTROS EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO.	
5	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL: EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA, Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD ASÍ COMO EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	
6	GARANTIZAR EL APOYO AL DIAGNOSTICO MEDIANTE ECOGRAFIAS OBSTETRICAS Y OTRAS.	
7	BRINDAR DIAGNOSTICO OPORTUNO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PARA LA RECUPERACION DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICIÓN CRONICA INFANTIL (TENER PRESENTE LA ANEMIA CERO).	
8	DETECTAR OPORTUNAMENTE MORBILIDADES EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE VIDA.	
9	CAPTAR, DIAGNOSTICAR Y REALIZAR TRATAMIENTO OPORTUNO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES.	
10	GARANTIZAR LA ATENCIÓN OPORTUNA Y 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.	
11	ORGANIZAR Y PARTICIPAR EN CAMPAÑAS DE ATENCIÓN MÉDICA, ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DEL ÁMBITO DE SU JURISDICCIÓN.	
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, SIMED, NOTI, SIP 2000 PADRÓN NOMINADO DE NIÑOS Y NIÑAS, GESTANTES, RECURSOS HUMANOS ENTRE OTROS).	
14	GARANTIZAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE SU JURISDICCIÓN.	
15	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.	
16	ATENCIÓN DEL PARTO INMINENTE, MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ASÍ COMO EL ADECUADO CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA; ATENCIÓN DEL PUERPERIO, ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA MÁS FRECUENTES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ITS/VIH.	
17	IMPLEMENTAR Y/O FORTALECER LA GESTIÓN DE LA CALIDAD MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE REGISTROS.	
18	BRINDAR UNA ATENCION CON CALIDAD Y CALIDEZ DENTRO DEL BUEN TRATO AL USUARIO EXTERNO	



	DE LA COMUNIDAD.
19	GARANTIZAR LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO.
20	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CONVENIO DE GESTION, SIS, FED.
21	MANEJO ADECUADO DE BIOSEGURIDAD.
22	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).
23	GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD.
24	GARANTIZAR EL TRABAJO EN LA INSTANCIA DE ARTICULACION LOCAL.
25	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

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?	
	INCOMPLETA	COMPLETA				
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGRESADO	<b>MEDICO CIRUJANO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>	
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA			
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO		
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO		

### CONOCIMIENTOS

A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):

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
CONOCIMIENTOS EN AIEPI COMUNITARIO Y/O CLÍNICO.
CONOCIMIENTOS EN PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL.

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:

ACREDITAR CAPACITACION EN MEDICINA EN REHABILITACION (SOLO PARA EL CASO DEL CENTRO DE



PERÚ

Ministerio de Salud

**SALUD HUAYTARA)**

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN MANEJO DE EMERGENCIAS.

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

CURSOS EN SALUD PÚBLICA EN LOS ULTIMOS 03 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (SUSTENTAR CON DOCUMENTOS).**

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X		
EXCEL		X		
POWER POINT		X		

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLES	X			
.....				
.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO

- PROFESIONAL
  AUXILIAR O ASISTENTE
  ANALISTA/ ESPECIALISTA
  SUPERVISOR/ COORDINADOR
  JEFE DE AREA O DPTO
  GERENTE ODIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

- SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO
  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		LIC. ENF.-02
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
GARANTIZAR ESTRICAMENTE LA DISMINUCION DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, Y VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	GARANTIZAR LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS DE ACUERDO AL CALENDARIO DE VACUNACIÓN SEGÚN NTS N° 141-2018-MINSA, AL 100% DE LA POBLACION SEGÚN ETAPAS DE VIDA.	
2	REALIZAR AL 100% EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE 0 A 11 AÑOS, SEGÚN NTS N° 137-2017-MINSA, CON UN ENFOQUE DIT.	
3	GARANTIZAR LA CONSERVACIÓN Y MANIPULACIÓN DE CADENA DE FRIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN CUMPLIMIENTO DE LA NTS N° 136-2017-MINSA.	
4	REALIZAR LA SUPLEMENTACION CON HIERRO, SEGUIMIENTO Y VISITA DOMICILIARIA, A LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS DE ACUERDO A LA NTS N°134 Y SUS MODIFICACIONES, TENIENDO EN CUENTA EL ESQUEMA DE SUPLEMENTACION PREVENTIVA Y EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA.	
5	REALIZAR LAS SESIONES DEMOSTRATIVAS Y EDUCATIVAS DE NUTRICION CON ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DE ACUERDO A LA GUIA TECNICA DE SESIONES DEMOSTRATIVAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y VIVIENDA.	
6	REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS EN ARTICULACION CON LOS ACTORES SOCIALES (AGENTES COMUNITARIO)	
7	GARANTIZAR LA ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICO Y DE TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO EN TODAS LAS ETAPAS DE VIDA AL 100%	
8	REALIZAR LAS COORDINACIONES CON LA INSTANCIA DE ARTICULACION LOCAL (IAL), PARTICIPACION ACTIVA EN LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS, DE ACUERDO AL PADRON NOMINAL DE NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS Y POBLACION EN GENERAL, TENIENDO PRESENTE LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR.	
9	REALIZAR LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL Y CON COMPLICACIONES	
10	REALIZAR LA ACTUALIZACION DIARIA DEL PADRON NOMINAL DE NIÑOS MENORES DE 06 AÑOS, CON HOMOLOGACION DEL MUNICIPIO.	
11	REALIZAR LA NOTIFICACION INMEDIATA DE LAS ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ESAVIS EN EL ÁMBITO DE SU JURISDICCIÓN.	
12	CAPTACIÓN DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO DE CASOS.	
13	IMPLEMENTAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS CUATRO ESCENARIOS (FAMILIAS, COMUNIDADES, INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y MUNICIPIOS SALUDABLES).	
14	IMPLEMENTAR Y/O FORTALECER LA GESTIÓN DE LA CALIDAD MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA, Y AUDITORIAS DE CALIDAD DE REGISTRO.	
15	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE GESTION, SIS, FED Y OTROS AL 100%	
16	GARANTIZAR EL REGISTRO DE DATOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIS, SIS, SIEN, HECHOS VITALES, SISMED, NOTI, SIP 2000, PADRÓN NOMINADO DE NIÑOS Y NIÑAS, GESTANTES, RECURSOS HUMANOS Y OTROS).	
17	PRODUCCIÓN EN EL REGISTRO OPORTUNO DEL SIS, HIS, FICHAS FAC, SIEN; ACORDE AL CUMPLIMIENTO DE METAS DE INDICADORES ESTABLECIDOS EN LA REGIÓN.	
18	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL BASADA EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS BFC)	
19	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (30%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (40%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
20	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS	



	ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, PARA SU ENVIÓ A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.
21	ORGANIZAR CAMPAÑAS BRINDANDO SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD Y OTRAS COMUNIDADES ALEJADAS Y DISPERSAS SEGÚN SU JURISDICCION.
22	LLENADO CORRECTO DE LA HISTORIA CLINICA Y CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.
23	MANTENER EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE TOPICO, PARA BRINDAR UNA ATENCION DE CALIDAD AL USUARIO; CONSIDERANDO EL BUEN TRATO CON CALIDAD Y CALIDEZ.
24	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 JURISDICCION.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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 Y LLENADO DE FORMATOS HIS, FUAS, FAC, SIEN.
CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

**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:**

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN VACUNAS Y/O CADENA DE FRIO.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA).**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLÉS	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA **CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO  
EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:

- PROFESIONAL    
  AUXILIAR O ASISTENTE    
  ANALISTA/ ESPECIALISTA    
  SUPERVISOR/ COORDINADOR    
  JEFE DE ÁREA O DPTO    
  GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:** (INCLUYENDO SERUMS).

- SI**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO    
  **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

<b>HABILIDADES O COMPETENCIAS</b>
CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



### FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO

PERFIL DEL PUESTO		OBST-03
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	OBSTETRA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	OBSTETRA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
BRINDAR ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE SALUD EN EL ÁMBITO DE SUS COMPETENCIAS A LA MUJER, FAMILIA Y LA COMUNIDAD ENMARCADAS EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS, SIS, FED Y OTROS. DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNA PERINATAL		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	BRINDAR ATENCIÓN GENERAL A LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y MENOPAUSIA; TENIENDO EN CUENTA EL ENFOQUE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD.	
2	ELABORAR LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN GENERAL A LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, REGISTRAR Y FIRMAR LAS ATENCIONES, EVOLUCIONES, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DE CONTROL OBSTÉTRICO Y OTROS DOCUMENTOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LAS NORMAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN.	
3	BRINDAR ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA, ATENCIÓN DEL PARTO, MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES; ATENCIÓN DEL PUERPERIO, CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; SEGÚN NORMA VIGENTE.	
4	EFECTUAR LA CAPTACION OPORTUNA DE GESTANTES, DENTRO DEL I TRIMESTRE DE GESTACIÓN.	
5	DIAGNOSTICAR, ESTABILIZAR Y REFERIR OPORTUNAMENTE, A LA PACIENTE, ANTE UNA EMERGENCIA OBSTETRICA A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD	
6	CONTRIBUIR EN LA REDUCCION DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES, EN COORDINACION CON ACTORES SOCIALES.	
7	CONTRIBUIR EN LA REDUCCION DE CASOS DE CANCER, A TRAVES DEL TAMIZAJE DE PAPANICOLAOU, IVAA Y EXAMEN DE MAMAS.	
8	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CONVENIO DE GESTION, SIS Y FED AL 100 %	
9	BRINDAR ATENCIÓN DEL PARTO INMINENTE NORMAL.	
10	PLANIFICAR, PROGRAMAR, COORDINAR Y EJECUTAR TODAS LAS ACTIVIDADES DE OBSTETRICIA.	
11	SENSIBILIZAR SOBRE LOS PARTOS INSTITUCIONALES CON ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS.	
12	LOGRAR PAREJAS PROTEGIDAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	
13	BRINDAR LOS PAQUETES COMPLETOS DE ACUERDOS A LAS ETAPAS DE VIDA.	
14	BRINDAR LA CONSEJERIA Y TRATAMIENTO DE LAS ITS, DE ACUERDO AL MANEJO SINDROMICO.	
15	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, PARA SU ENVIÓ A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.	
16	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

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>OBSTETRA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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 LOS INDICADORES DE LOS CONVENIOS DE GESTION, FED Y SIS.
CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL.

**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. (VIGENCIA DE LOS ULTIMOS 05 AÑOS)

**INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:**

CERTIFICADOS EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES.
CAPACITACION EN ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA, EN ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE Y PLANIFICACION FAMILIAR.
ACREDITAR DIPLOMADO Y/O CURSO EN SALUD COMUNITARIA.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA).**

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276,728 (INCLUYENDO SERUMS).
---



PERÚ

Ministerio  
de Salud

### EXPERIENCIA ESPECIFICA

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA O DPTO     GERENTE ODIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO     **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

### HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		BIO-04
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	BIOLOGO(A)	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	BIOLOGO(A)	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
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, PRINCIPIOS ÉTICOS Y COMPROMETIDOS CON EL DESARROLLO SUSTENTABLE.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
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 DE LOS SISTEMAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO (SIVICA: DIGITACION DE LOS RESULTADOS DE CAPTACION, RED Y CONEXIÓN DOMICILIARIA) Y REALIZAR EL ANALISIS PARASITOLOGICOS DE LOS SISTEMAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO (SIVICA: SOLO DIGITAR UNA VEZ) EN COORDINACION CON LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALD HUAYTARA	
6	REALIZAR LA LECTURA DE LAS LÁMINAS DE BACILOS COPIA AL 100% DEL SRI.	
7	IMPULSAR EN LA BÚSQUEDA ACTIVA DE SRI, SF Y LEISHMANIASIS.	
8	REALIZAR DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS EN MICROBIOLOGÍA, PARASITOLOGÍA. BIOQUÍMICA, HEMATOLOGÍA Y OTROS.	
9	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SIS-FED 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 DE PARAMETROS DE CAMPO DE ZONA URBANO Y RURAL EN TODO SUS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN FORMA MENSUAL, Y SE REALIZARA TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA MEDIR CINCO PARAMETROS, SE INGRESARAN AL 100% (SIVICA: DIGITAR CADA MES) POR SER UN INDICADOR TRAZADOR Y META FED.	
12	REALIZAR AL 100% INSPECCIONES SANITARIAS EN LOS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTOS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO EN SU JURISDICCION EN FORMA SEMESTRAL, INGRESAR LOS DATOS DE LAS FICHAS PVICA FORMATO 1, 2 Y 3 AL 100% (SIVICA: SOLO UNA VEZ).	
13	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS FÍSICAS, PROYECTADO A FAVOR DE LA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS PPR, CONVENIO FED Y OTROS.	
14	FORMAR PARTE DE ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES.	
15	DESINFECCIÓN Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO POR SER UN INDICADOR TRAZADOR.	
16	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.	
17	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
18	PARTICIPAR EN EL TRABAJO ARTICULADO CON LAS AUTORIDADES E INSTITUCIONES LOCALES.	
19	USO CORRECTO Y CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS Y BIENES DEL EE.SS.	
20	ORGANIZAR CAMPAÑAS DE SALUD INTEGRAL EN LOS SECTORES DE SAN JUAN DE OCCORO Y SAN FELIPE DE ACUERDO AL PLAN DE TRABAJO (ACTIVIDADES HA REALIZAR POR EL PERSONAL DEL C.S. HUAYTARA).	
21	REALIZAR OTRAS FUNCIONES QUE LE DESIGNE EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR.	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

<b>COORDINACIONES INTERNAS</b>
TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.
<b>COORDINACIONES EXTERNAS</b>
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>			<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<b>BIOLOGO(A)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA	<b>BIOLOGO(A)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MAESTRIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				EGREDASO		<input type="checkbox"/> TITULADO
				DOCTORADO		<input type="checkbox"/> TITULADO
				EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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
CONOCIMIENTOS Y CORRECTO LLENADO DE FUAS
CONOCIMIENTOS EN CALIBRACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS
CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE EQUIPO DE MONITOREO DE CAMPO

**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:**

CERTIFICADO DE VIGILANCIA DE CALIDAD DE AGUA DE CONSUMO HUMANO Y/O CERTIFICADOS DE CAPACITACIÓN AFINES.
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS.**

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
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 ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

### EXPERIENCIA ESPECIFICA

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:

PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA O DPTO     GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO     **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

### HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA  
CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL  
CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN  
COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA  
CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO  
ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		QUIM. FARM-05
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	QUIMICO FARMACEUTICO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	QUIMICO FARMACEUTICO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
GARANTIZAR LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO, DISPENSACION Y ATENCION FARMACEUTICA PERMANENTE DE LOS MEDICAMENTOS GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL APLICATIVO SISMED V2.	
2	VERIFICAR SI LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SON LOS ADECUADOS, EVALUAR LA DUPLICIDAD DE TRATAMIENTO, LAS POSOLOGÍAS INDICADAS, VERIFICAR Y NOTIFICAR LAS REACCIONES ADVERSAS EN EL PACIENTE (ATENCIÓN FARMACÉUTICA),	
3	REALIZAR LAS ENCUESTAS DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES CONTINUADORES QUE HAN SIDO EVALUADOS, PARA CONOCER EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, CON ELLO SE DEBE VERIFICAR POSTERIORMENTE EN EL APLICATIVO SISMEDV2 SI HUBO UNA REAL DISMINUCIÓN EN EL CONSUMO DE ESTOS. LUEGO SE PROCEDERÁ A INFORMAR TRIMESTRALMENTE (EVALUACIÓN DE CONSUMO DE MEDICAMENTO).	
4	ELABORACIÓN DE INFORMES OPERACIONALES EN EL RUBRO QUE COMPETE A FARMACIA Y EL INFORME DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, ASÍ COMO DE LAS FICHAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y LOS REPORTES DE FÁRMACO VIGILANCIA.	
5	CONTROLAR Y SUPERVISAR EL PROCESO DE DISPENSACIÓN, DOSIS UNITARIA Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES DE USO CLÍNICO-QUIRÚRGICO, PRESCRITOS POR EL PROFESIONAL AUTORIZADO.	
6	CONTROLAR LA CONSERVACION DE MEDICAMENTO Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ASI COMO SUS FECHAS DE VENCIMIENTO.	
7	SUPERVISAR EL ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES.	
8	CAPACITAR, ENTRENAR Y SUPERVISAR AL PERSONAL A SU CARGO EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DE PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES.	
9	ORIENTAR E INFORMAR AL USUARIO SOBRE EL USO ADECUADO DEL PRODUCTO FARMACEUTICO Y AFINES.	
10	ABSOLVER CONSULTAS DE CARACTER TECNICO ASISTENCIAL Y/O ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO DE COMPETENCIA Y EMITIR EL INFORME CORRESPONDIENTE.	
11	ELABORAR PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACEUTICA Y PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y OTROS DOCUMENTOS TÉCNICO-NORMATIVOS DE GESTIÓN DEL CENTRO ASISTENCIAL.	
12	CONducir, COORDINAR Y SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD.	
13	REALIZAR LA EVALUACION DE INDICADORES DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	
14	REALIZAR LA EVALUACION DE INDICADORES DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y FARMACOVIGILANCIA	
15	ELABORAR LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTANDARIZADOS DEL SERVICIO DE FARMACIA.	
16	REALIZAR OTRAS FUNCIONES QUE ASIGNE EL JEFE INMEDIATO.	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<b>QUIMICO FARMACEUTICO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER		¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MAESTRIA		<input type="checkbox"/>
				EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO
				DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	
				EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):

CONOCIMIENTO DE NORMAS TECNICAS VIGENTES DEL MINSA  
 CONOCIMIENTO MANEJO Y MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTO, BIOLÓGICOS Y OTROS INSUMOS DE ACUERDO A LAS NORMAS.

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:  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN SU PROFESIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLÉS	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:

PROFESIONAL  
  AUXILIAR O ASISTENTE  
  ANALISTA/ ESPECIALISTA  
  SUPERVISOR/ COORDINADOR  
  JEFE DE AREA O DPTO  
  GERENTE ODIRECTOR



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**B.)** INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.)** EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

**NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



### FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO

PERFIL DEL PUESTO		CD-06
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	CIRUJANO DENTISTA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	CIRUJANO DENTISTA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CUMPLIR CON LAS FUNCIONES DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE SALUD BUCAL POR ETAPAS DE VIDA; PRIORIZANDO LAS ETAPAS MÁS VULNERABLES (NIÑO, GESTANTE Y ADULTO MAYOR), BRINDANDO UNA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA, RECUPERATIVA Y ESPECIALIZADA BÁSICA DE ACUERDO A LA CATEGORÍA DEL EESS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	PLANIFICAR, ORGANIZAR, COORDINAR, EJECUTAR, EVALUAR E INFORMAR LAS ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS DIRIGIDAS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO CON LAS GUÍAS, NORMAS Y DIRECTIVAS DE ATENCIÓN ESTABLECIDAS.	
2	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL: PARTICIPACION COMUNITARIA (IAL) Y EDUCACION PARA LA SALUD; OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD.	
3	DESARROLLAR LOS PASOS NECESARIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO EN ODONTOLOGÍA.	
4	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS USUARIOS Y CONOCIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADA EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS -BFC).	
5	PROMOVER, PREVENIR Y PROTEGER LA SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN PARA DISMINUIR LA CARGA DE MORBILIDAD BUCAL.	
6	PARTICIPACIÓN ACTIVA EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN DE LOS EESS DE SU JURISDICCIÓN.	
7	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION AL 100%	
8	EXAMINAR E INDICAR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PARA DIAGNOSTICAR Y PRESCRIBIR TRATAMIENTOS.	
9	EXAMINA AL PACIENTE PARA DIAGNOSTICAR LAS LESIONES EXISTENTES EN LA CAVIDAD BUCAL Y DETERMINAR DATOS PARA LA HISTORIA MÉDICA Y REFIERE A PACIENTES A ODONTÓLOGOS ESPECIALIZADOS SEGÚN SEA EL CASO.	
10	REALIZAR EL ANÁLISIS SITUACIONAL Y DETERMINACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN.	
11	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, PARA SU ENVIÓ A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.	
12	ATENCIÓN OPORTUNA EN TODAS LAS ETAPAS DE VIDA.	
13	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
14	REALIZAR ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS, PROYECTADO A FAVOR DE LA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION.	
15	REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES QUE ASIGNE EL JEFE INMEDIATO.	

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### COORDINACIONES INTERNAS

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

#### COORDINACIONES EXTERNAS

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>				<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>				<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>				
	<b>INCOMPLETA</b>	<b>COMPLETA</b>										
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO	<b>CIRUJANO DENTISTA</b>				<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>		
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER					<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA					<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TITULADO							
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TITULADO							

### CONOCIMIENTOS

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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 SIS Y LLENADO DE FUAS

**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. **EN CASO EL CURSO DE CAPACITACION SE INDIQUE EN CRÉDITOS, SE TOMARÁ COMO CRITERIO MÍNIMO DE EVALUCIÓN DESDE 01 CRÉDITO.**  
(SOLO SE TOMARÁN EN CUENTA LOS CURSOS DE CAPACITACIÓN LOS ULTIMOS 05 AÑOS)

<b>INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:</b>
CURSO Y/O CAPACITACION EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD BUCAL
CURSO Y/O CAPACITACION EN FLUOR-BARNIZ.
CURSO Y/O CAPACITACION MATERIALES ODONTOLÓGICOS

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA).**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

### EXPERIENCIA

#### EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA **CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL**; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO  
EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS PRIVADOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS DE LOCACION DE SERVICIOS Y RESOLUCIONES 276,



PERÚ

Ministerio  
de Salud

728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECIFICA****A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.** PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA O DPTO     GERENTE ODIRECTOR**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS PRIVADOS (728), CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS DE LOCACION DE SERVICIOS, RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO: (INCLUYENDO SERUMS).** **SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO     **NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		PSIC-07
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	PSICOLOGO(A)	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	PSICOLOGO(A)	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA Y SOCIAL A LOS PACIENTES, MEDIANTE LA EVALUACIÓN E INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES, ENMARCADOS EN CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SIS, CONVENIOS DE GESTION Y FED EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	EFECTUAR EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES AMBULATORIOS DE MANERA INDIVIDUAL O GRUPAL.	
2	DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS, BRIGADAS PSICOLÓGICAS EN EL AMBITO DE LA MICRO RED DE SALUD.	
3	DESARROLLAR PROGRAMAS DE ORIENTACION SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y REALIZAR EL TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN VIOLENCIA, ALCOHOL, DROGAS, PSICOSIS, DEPRESIÓN Y OTROS.	
4	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION AL 100%	
5	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
6	ELABORAR INFORMES DOCUMENTOS RELATIVOS A LA PRESTACION DEL SERVICIO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y OTROS QUE LE SEAN REQUERIDOS, EN COORDINACION CON LAS INSTITUCIONES: (GEM, MINISTERIO PUBLICO Y POLICIA NACIONAL).	
7	EFECTUAR PROCESOS DE EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO AMBULATORIO EN EL AMBITO DE SU MICRO RED.	
8	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL: EDUCACION PARA LA SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA, Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD ASÍ COMO EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	
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 ANALISIS SITUACIONAL Y DETERMINACION DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACIÓN.	
13	REALIZAR COORDINACIONES CON EL MEDICO, PARA LA PRESCRIPCIÓN MEDICA DE TRATAMIENTOS POSITIVOS.	
14	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS, FED, SIS Y CONVENIOS DE GESTION.	
15	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**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.

B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.

C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

INCOMPLETA

COMPLETA

<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<b>PSICOLOGO(A)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER		<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>			
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA					
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO					
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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

**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. (REQUIERE DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

<input checked="" type="checkbox"/>	PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	AUXILIAR O ASISTENTE	<input type="checkbox"/>	ANALISTA/ ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/>	SUPERVISOR/ COORDINADOR	<input type="checkbox"/>	JEFE DE AREA O DPTO	<input type="checkbox"/>	GERENTE ODIRECTOR
-------------------------------------	-------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**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 ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.)** EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

X

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

**NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		TEC ENF-08
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	TECNICO(A) EN ENFERMERIA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	TECNICO(A) EN ENFERMERIA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
BRINDAR PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN LA ASISTENCIA Y CONTROL DE PACIENTES DE ACUERDO A INDICACIONES DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. CONTROL DE FUNCIONES VITALES Y REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES EN LA SALUD.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	REALIZAR CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD EN TODAS LAS ETAPAS DE VIDA; BAJO LA SUPERVISIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD.	
2	REALIZAR EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PACIENTES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.	
3	OBTENER INFORMACIÓN Y APOYAR EN LAS DIVERSAS ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO.	
4	APOYAR A LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVENCIÓN DE LA SALUD Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD, BAJO LA SUPERVISIÓN DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE SALUD.	
5	PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL.	
6	DEBERA DE REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES EN EL ANEXO DE PAMPAPUQUIO <b>(SOLO EN EL CASO DE P.S. SAN ANTONIO DE CUSICANCHA)</b>	
7	PARTICIPAR EN LA REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.	
8	EFECTUAR VISITAS DOMICILIARIAS CONJUNTAMENTE CON EL PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD, EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE VIDA.	
9	VERIFICACION DEL MATERIAL E INSUMOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE.	
10	PARTICIPAR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA.	
11	REALIZAR LA PREPARACION PARA LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL E INSTRUMENTAL EMPLEADO EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS U OTRAS ATENCIONES.	
12	PREPARA AÓSITOS DE GASA, TORUNDAS DE ALGODÓN Y OTROS MATERIALES, ASÍ COMO MANTENER ABASTECIDO LOS DIFERENTES SERVICIOS Y LA LIMPIEZA CORRESPONDIENTE.	
13	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	
14	PARTICIPAR EN EL SEGUIMIENTO DEL CONTROL DE LOS RECIÉN NACIDOS NORMALES.	
15	MANTENER ABASTECIDO, LIMPIO, ORDENADO, VERIFICAR FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS RESPECTIVOS MEDICAMENTOS, EN EL SERVICIO DE TRIAJE Y TÓPICO Y REALIZAR EL CORRECTO LLENADO DE LAS ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURALES, EN LA HISTORIA CLÍNICA, SIEN, HIS, FUAS, OTROS.	
16	REALIZAR EL REGISTRO DE DATOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD, SEGÚN LA RESPONSABILIDAD ASIGNADA.	
17	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR, ACORDE A LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	
<b>COORDINACIONES PRINCIPALES</b>		
<b>COORDINACIONES INTERNAS</b>		
TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.		

**COORDINACIONES EXTERNAS**  
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?	
	INCOMPLETA	COMPLETA			SI	NO
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO	<b>TECNICO(A) EN ENFERMERIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO		
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO		

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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  
 CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

**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:**

ACREDITAR CURSOS DE PRIMEROS AUXILIOS.  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
 EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE



PERÚ

Ministerio  
de Salud

SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA****A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.** PROFESIONAL  AUXILIAR O ASISTENTE  ANALISTA/ ESPECIALISTA  SUPERVISOR/ COORDINADOR  JEFE DE AREA DPTO  GERENTE DIRECTOR**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:** **SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>	<b>ESP ADM-09</b>
--------------------------	-------------------

<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>	
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
<b>DENOMINACIÓN:</b>	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA

<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>
MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DEL SALUD Y CALIDAD DE INFORMACIÓN EN LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE SALUD, PRIORIZANDO LAS INTERVENCIONES SANITARIAS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, BRINDAR REPORTES DE LOS INDICADORES DE SALUD PARA UNA ADECUADA Y OPORTUNA TOMA DE DECISIONES EN SALUD.

<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>	
1	ACTUALIZACIÓN Y MONITOREO DENTRO DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES Y LOS APLICATIVOS DE SALUD.
2	REALIZAR Y MANTENER PERIÓDICAMENTE LAS COPIAS DE RESPALDO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN A SU CARGO Y MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS OPERATIVOS VIGENTES.
3	REALIZAR LOS REPORTES PARA EL TRABAJO DEL ASIS.
4	PROCESAMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ADECUADA CONSISTENCIA DE DATOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DEL SECTOR SALUD.
5	REALIZAR PEDIDOS EN EL APLICATIVO SIGA, DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS PRESUPUESTALES.
6	MANTENER LAS BASES DE DATOS DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES EN FORMA ACTUALIZADA EN LOS 10 PRIMEROS DÍAS DEL MES SIGUIENTE.
7	DEBERA DE REALIZAR LAS EVALUACIONES DE LA PRODUCCION DE LOS PROFESIONALES DE SALUD (MENSUAL, TRIMESTRAL, SEMESTRAL Y ANUAL) A TRAVES DEL REPORT - 40
8	MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS Y SISTEMAS OPERATIVOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.
9	DEBERA DE HACER SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN TELESALUD Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS.
10	SOPORTE TÉCNICO EN EQUIPOS INFORMÁTICOS HARWARD, SOFTWARE Y CONFIGURACIÓN E INSTALACIÓN DE REDES LAN Y E-QHALI
11	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR.

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

DIRESA HVCA - MINSA

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
	INCOMPLETA	COMPLETA			
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO	<b>INGENIERO DE SISTEMAS</b>	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA		
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

DOCTORADO

EGREDADO  TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

A.) **CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO EN SOPORTE TECNICO INFORMATICO  
 CONOCIMIENTO EN MANTENIMIENTO Y REPARACION DE COMPUTADORAS

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:**

DIPLOMADO EN ADMINISTRACION Y GESTION PUBLICA  
 DIPLOMADO Y/O ESPECIALIZACION EN GESTION DE PROYECTOS DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION.  
 CAPACITACIÓN EN SU ESPECIALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

C.) **CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)**

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD			X		INGLES	X			
EXCEL			X		.....				
POWER POINT			X		.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO  
 EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:

PROFESIONAL  AUXILIAR O ASISTENTE  ANALISTA/ ESPECIALISTA  SUPERVISOR/ COORDINADOR  JEFE DE AREA O DPTO  GERENTE O DIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276,728.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ

**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>ESP ADM-10</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CONTAR CON UN PERSONAL TÉCNICO PARA LA DIGITACION DE HOJAS HIS, DE TODAS LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD, MANTENER ACTUALIZADO LAS BASES DE DATOS DEL HISMINSA WEB.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	APOYO EN EL MANEJO INFORMÁTICO DEL HIS MINSA (ACTUALIZACIONES Y COPIAS DE SEGURIDAD)	
2	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN QUINCENAL, MENSUAL Y TRIMESTRALMENTE Y ANUAL DEL INGRESO DE LAS ACTIVIDADES DEL HIS, E-QHALI	
3	GENERAR MENSUALMENTE LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN EL MARCO DE HIS, HIS REPORT, HVITAL, SEM, NOTIS, SISFAC, PADRON NOMINAL DE NIÑOS, SIEN Y OTROS.	
4	EMITIR LOS REPORTES MENSUALES, TRIMESTRALES, SEMESTRALES Y ANUALES DE HIS, HIS EPORT, HVITAL, SEM, NOTIS, SISFAC, PADRON NOMINAL DE NIÑOS, SIEN Y OTROS.	
5	MONITOREO DE AVANCES DE INDICADORES FED MEDIANTE EL INFORME OPERATIVO MENSUAL INFORMÁTICO.	
6	PROCESAMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ADECUADA CONSISTENCIA DE DATOS.	
7	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR, ACORDE A LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	
8	SOPORTE TÉCNICO EN EQUIPOS INFORMÁTICOS HARWARD, SOFTWARE Y CONFIGURACIÓN E INSTALACIÓN DE REDES LAN	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**
**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>			<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>				
		INCOMPLETA	COMPLETA						
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER	TÉC. COMPUTACIÓN E INFORMÁTICA	¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?		
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA	<input type="checkbox"/>			
				<input checked="" type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO		
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO		



PERÚ

Ministerio de Salud

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
MANEJO DE HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA, MICROSOFT WINDOWS, OFFICE EXCEL AVANZADO(TABLAS DINÁMICAS) INTERNET Y OTROS
CONOCIMIENTO EN FORMATEO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
MANEJO DEL APLICATIVO HISMINSA (OFFLINE-WEB).
CONOCIMIENTO EN INSTALACIÓN DE DIFERENTES SOFTWARE
CONOCIMIENTOS EN ENSAMBLAJE Y MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS

**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 MANEJO DE HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA, MICROSOFT WINDOWS, OFFICE EXCEL (TABLAS DINÁMICAS) INTERNET Y OTROS

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)**

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X		
EXCEL		X		
POWER POINT		X		

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLES	X			
.....				
.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

- PROFESIONAL   
 AUXILIAR O ASISTENTE   
 ANALISTA/ ESPECIALISTA   
 SUPERVISOR/ COORDINADOR   
 JEFE DE AREA O DPTO   
 GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 06 MESES EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS POR LOCACION DE SERVICIOS Y RESOLUCIONES 276, 728.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

**NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 06 MESES EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS POR LOCACION DE SERVICIOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>ASIST TEC SEC-11</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	ASISTENTE TECNICO SECRETARIAL	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	ASISTENTE TECNICO SECRETARIAL	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CUMPLIR SUS ACTIVIDADES ENFOCADAS AL ACERVO DOCUMENTARIO Y COORDINACIÓN CON LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA RED DE SALUD EN EL MANEJO DE DIVERSOS DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	FUNCIONES PROPIAS DE LA SECRETARIA COMO LA RECEPCIÓN Y DERIVACIÓN DE LOS DOCUMENTOS CON LOS CARGOS CORRESPONDIENTES Y REGISTROS EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DOCUMENTARIO Y ARCHIVO DE LA MISMA.	
2	RECEPCIONAR Y REGISTRAR LA CORRESPONDENCIA PARA PROCEDER A SU ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN INMEDIATA SEGÚN INDICACIONES DEL JEFE.	
3	CUSTODIA DEL ACERVO DOCUMENTARIO Y ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS, CORRECTAMENTE CLASIFICADOS Y ORDENADOS.	
4	REDACCIÓN DE OFICIOS, CARTAS, MEMORÁNDUM Y OTROS QUE DISPONGA LA DIRECCIÓN.	
5	COORDINAR CON LAS DEMÁS ÁREAS DE LA IPRESS; AREAS DE LA RED DE SALUD Y OTRAS DEPENDENCIAS PÚBLICAS Y PRIVADAS EN LAS REUNIONES QUE SE PLANIFIQUEN.	
6	GARANTIZAR EL ADECUADO PROCESO DE TRÁMITE DOCUMENTADO.	
7	MANTENER UN DIRECTORIO TELEFÓNICO ACTUALIZADO DE LAS INSTITUCIONES Y PERSONAS QUE TRABAJAN.	
8	OTRAS ACTIVIDADES QUE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ENTIDAD, LE SEAN ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO O SUPERIOR	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>			<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>					
	INCOMPLETA	COMPLETA		SECRETARIADO EJECUTIVO, COMPUTACION E INFORMATICA Y/O TITULO DE CARRERA TECNICA		SI	X	NO		
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGREDADO	<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>				
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	BACHILLER	<input type="checkbox"/>	SI	X	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA	<input type="checkbox"/>	SI	X	NO
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			



**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE WORD, EXCELL, POWER POINT Y OTROS.  
REDACCIÓN DE DIFERENTES DOCUMENTOS.

**B.) PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.**

**NOTA:** CADA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DEBEN TENER NO MENOS DE 120 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 190 HORAS.

**INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:**

CERTIFICADO Y/O CONSTANCIA DE MANEJO DE HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA.  
CAPACITACIÓN EN SU ESPECIALIDAD EN EL ÚLTIMOS 1 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X		
EXCEL		X		
POWER POINT		X		

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLÉS		X		
.....				
.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

- PROFESIONAL   
  AUXILIAR O ASISTENTE   
  ANALISTA/ ESPECIALISTA   
  SUPERVISOR/ COORDINADOR   
  JEFE DE ÁREA O DPTO   
  GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO :**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

- SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO   
  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE



PERÚ

Ministerio  
de Salud

SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276,728.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>TEC MAN-12</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	TECNICO DE MANTENIMIENTO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	TECNICO DE MANTENIMIENTO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD TECNICA DE LAS UNIDADES MOVILES Y AMBULANCIAS DE LOS CENTROS/PUESTOS DE SALUD. ASMIMISMO REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL 100% DE LA UNIDADES MOVILES DE LA RED DE SALUD HUAYTARA, PARA LA PROGRAMACION DE SUS MANTENIMIENTOS GENERALES PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	COORDINAR CON LOS RESPONSABLES DE LA UNIDADES MOVILES DE CADA ESTABLECIMIENTO, CON LA FINALIDAD DE REALIZAR UN CONTROL DE RECORRIDO DE LAS UNIDADES MOVILES, ASI COMO SUS MANTENIMIENTOS.	
2	RECIBIR POR ESCRITO, SOBRE TODO DESPERFECTO, DAÑO O PÉRDIDA QUE SUFRA DE LAS UNIDADES MOVILES DE NUESTRA JURISDICCION.	
3	REALIZAR EL MANTENIMIENTO, AFINAMIENTO DE LOS DESPERFECTOS HALLADOS DE LAS UNIDADES MOVILES DE NUESTRA JURISICCCION.	
4	ASISTENCIA OBLIGATORIA A TODAS LAS ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN Y CAPACITACIÓN CONVOCADAS POR EL PERSONAL DE SALUD.	
5	DISPONIBILIDAD INMEDIATA ANTE CUALQUIER OCURRENCIA DE EMERGENCIA MASIVA Y DESASTRES.	
6	EVALUACION DE LAS UNIDADES MOVILES PARA LA DETERMINACION DEL ESTADO.	
7	COORDINAR Y MANTENER INFORMADO AL JEFE INMEDIATO SOBRE LAS ACTIVIDADES Y OCURRENCIAS SUSCITADOS DENTRO SU TURNO.	
8	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>					
	INCOMPLETA	COMPLETA							
<input checked="" type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	EGRESADO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER	SECUNDARIA COMPLETA Y/O TEC. MECANICA AUTOMOTRIZ	¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?		
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO		
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO	<input type="checkbox"/>			

EGREDASO

 TITULADO

**CONOCIMIENTOS**
**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE PRIMEROS AUXILIOS.
CONOCIMIENTO EN MECÁNICA .
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 20 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 90 HORAS.

<b>INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:</b>
CERTIFICADO DE ESTUDIOS - SECUNDARIA COMPLETA
LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE A-II
RECORD DE CONDUCIR
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN MECÁNICA AUTOMOTRIZ: (INDISPENSABLE)

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD	X				INGLES	X			
EXCEL	X				.....				
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 ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**
**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**
 PROFESIONAL   
  AUXILIAR O ASISTENTE   
  ANALISTA/ ESPECIALISTA   
  SUPERVISOR/ COORDINADOR   
  JEFE DE AREA O DPTO   
  GERENTE ODIRECTOR

**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 ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**
 SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.   
  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 06 MESES EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>TEC. FARM-13</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	TÉCNICO EN FARMACIA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	TECNICO EN FARMACIA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD.	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
GARANTIZAR LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS Y CRÍTICOS		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y AFINES	
2	BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD AL USUARIO O PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD, SOBRE ASPECTOS SANITARIOS ESENCIALES, ASÍ COMO EN RELACIÓN AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, QUE DEBEN SER INDICADOS POR EL MÉDICO	
3	CONTROLAR Y SUPERVISAR EL PROCESO DE DISPENSACIÓN, DOSIS UNITARIA Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES DE USO CLÍNICO-QUIRÚRGICO, PRESCRITOS POR EL PROFESIONAL AUTORIZADO	
4	CONTROLAR LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTO Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ASÍ COMO SUS FECHAS DE VENCIMIENTO.	
5	SUPERVISAR EL ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES.	
6	CAPACITAR, ENTRENAR Y SUPERVISAR AL PERSONAL A SU CARGO EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DE PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES.	
7	ORIENTAR E INFORMAR AL USUARIO SOBRE EL USO ADECUADO DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO Y AFINES.	
8	ABSOLVER CONSULTAS DE CARÁCTER TÉCNICO ASISTENCIAL Y/O ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE COMPETENCIA Y EMITIR EL INFORME CORRESPONDIENTE.	
9	ELABORAR PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y OTROS DOCUMENTOS TÉCNICO-NORMATIVOS DE GESTIÓN DEL CENTRO ASISTENCIAL.	
10	DESARROLLAR ACCIONES PROPIAS DE FARMACOTECNIA Y ASPECTOS RELATIVOS AL PROCESAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS Y DROGAS.	
11	ASISTENCIA EN LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD Y PREVENCIÓN	
12	REALIZAR OTRAS FUNCIONES QUE ASIGNE EL JEFE INMEDIATO.	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> INCOMPLETA	<input type="checkbox"/> COMPLETA	<input type="checkbox"/> EGREDADO	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER	<input type="checkbox"/> ¿REQUIERE HABILITACIÓN	

**TECNICO EN FARMACIA**

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>PROFESIONAL?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA	<input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA  
 CONOCIMIENTO MANEJO Y MANIPULACION DE MEDICAMENTO, BIOLÓGICOS Y OTROS INSUMOS DE ACUERDO A LAS NORMAS.

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:**  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO INSUMOS FARMACEUTICOS  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN SU PROFESIÓN EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS.

C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
 EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:

<input type="checkbox"/> PROFESIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> AUXILIAR O ASISTENTE	<input type="checkbox"/> ANALISTA/ ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/> SUPERVISOR/ COORDINADOR	<input type="checkbox"/> JEFE DE AREA O DPTO	<input type="checkbox"/> GERENTE ODIRECTOR
--------------------------------------	--	---	--	--	--

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO PRIVADO:



PERÚ

Ministerio  
de Salud

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

X

**SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

**NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ

### FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>ING. BIO-14</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	INGENIERO BIOMEDICO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	INGENIERO BIOMEDICO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
REALIZAR SEGUIGIMIENTO DEL ESTADO DE EQUIPO HOSPITALARIO O ELECTROMECHANICO, PARA MANTENER EN CONDICIONES OPERATIVAS LOS EQUIPOS, DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAYTARA, SUS NORMAS Y REGULACIONES TECNOLOGICAS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	REALIZAR VISITAS DE CAMPO PARA EL CONTROL DE LAS INVERSIONES EN EQUIPAMIENTO MEDICO Y ELECTROMECHANICO DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DEL PLAN DE RECONSTRUCCION CON CAMBIOS.	
2	EVALUAR, DIAGNOSTICAR Y ELABORAR PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPO MEDICO POR EL SERVICIO	
3	SUPERVISAR EL CONTROL DE CALIDAD DE REPUESTO ACCESORIOS Y/O MATERIALES CAMBIADOS POR EL SERVICIO DE TERCEROS.	
4	SUPERVISAR PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS MEDICOS QUE SE REALIZA POR SERVICIO DE TERCEROS Y GARANTÍA DEL SERVICIO.	
5	CONSERVAR EL ÓPTIMO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS ELECTRÓNICOS DIGITALES	
6	COORDINAR CON LAS DIFERENTES COORDINACIONES DE LA RED DE SALUD HUAYTARA, PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICO.	
7	PROGRAMAR EL PLAN OPERATIVO ANUAL DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS.	
8	ELABORAR INFORMES RESULTANTES DE LAS COMISIONES DE CONTROL.	
9	REALIZAR OTRAS FUNCIONES QUE ASIGNE EL JEFE INMEDIATO.	

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### COORDINACIONES INTERNAS

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCION.

#### COORDINACIONES EXTERNAS

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>INGENIERO BIOMÉDICO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

### CONOCIMIENTOS

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA  
EXPERIENCIA EN HOSPITALES DE ACUERDO A SU ESPECIALIDAD

**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:**  
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN SU PROFESIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X		
EXCEL		X		
POWER POINT		X		

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLÉS		X		
.....				
.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:**

- PROFESIONAL    
  AUXILIAR O ASISTENTE    
  ANALISTA/ ESPECIALISTA    
  SUPERVISOR/ COORDINADOR    
  JEFE DE ÁREA O DPTO    
  GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

- SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO    
  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA



CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>ING. AMB-15</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	INGENIERO AMBIENTAL	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	INGENIERO AMBIENTAL	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
ASISTIR A LA DIRECCIÓN, COORDINACIONES Y ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD, EN LOS PROCESOS TÉCNICOS, PARA LOGRAR EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN AMBIENTAL..		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	ASISTIR EN LA FORMULACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN AMBIENTAL.	
2	RECOPIRAR INFORMACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LOS INFORMES A FIN DE APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS A CARGO DE LA RED DE SALUD HUAYTAR.	
3	RECOPIRAR INFORMACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LOS INFORMES A FIN DE APOYAR EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS A CARGO DE LA RED DE SALUD HUAYTARA.	
4	PARTICIPAR EN REUNIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y COMISIONES EN EL MARCO DE SUS FUNCIONES, A FIN DE APOYAR EN EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN Y REGISTRO DE ACUERDOS	
5	COORDINAR Y/O SUPERVISAR LO REFERENTE A RELLENOS SANITARIOS DE LOS EE.SS	
6	REALIZAR ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LA FORMULACIÓN DE LA NORMATIVA AMBIENTAL .	
7	ORGANIZAR Y VERIFICAR INFORMACIÓN PARA LA ELABORACION DE LOS INFORMES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y APOYO EN LA VIGILANCIA DE ELIMINACION DE RESIDUOS.	
8	REALIZAR OTRAS FUNCIONES QUE ASIGNE EL JEFE INMEDIATO.	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>INGENIERO AMBIENTAL</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

**CONOCIMIENTOS**

A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE

DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):

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:**  
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN SU PROFESIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLÉS	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:

- PROFESIONAL
  AUXILIAR O ASISTENTE
  ANALISTA/ ESPECIALISTA
  SUPERVISOR/ COORDINADOR
  JEFE DE ÁREA O DPTO
  GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO;** EN EL SECTOR PÚBLICO PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:

- SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO
  **NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

- CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
- CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
- CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
- COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA



PERÚ

Ministerio  
de Salud

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
---

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ
---

**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>ADM - 16</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	ADMINISTRADOR	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	ADMINISTRADOR	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CONTAR CON UN PROFESIONAL EN LA RED DE SALUD PARA MONITORIZAR EL AVANCE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL, REALIZAR SEGUIMIENTO DE PEDIDOS DE BIENES Y SERVICIOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS PRESUPUESTALES.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	REALIZAR EL PLAN OPERATIVO DEL ÁREA DE PROGRAMACIÓN.	
2	ACTUALIZACIÓN Y MONITOREO DENTRO DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES Y LOS APLICATIVOS DE SALUD.	
3	MONITORIZAR EL AVANCE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL (ANÁLISIS DEL POI)	
4	TRABAJAR CON TABLAS DINAMICAS EN LOS REPORTES EN SALUD.	
5	REALIZAR SEGUIMIENTO DE PEDIDOS DE BIENES Y SERVICIOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS PRESUPUESTALES.	
6	DEBERA DE REALIZAR EL ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE AVANCES DE METAS FISICAS Y CONTABLES DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES.	
7	DEBERA DE REALIZAR LAS EVALUACIONES DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTAL DEL I,II,III AL IV TRIMESTRE E INFORMAR A GERENCIA Y DIRESA.	
8	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**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>	<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>
	INCOMPLETA	COMPLETA	
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> EGREDADO	CONTADOR PUBLICO, ADMINISTRADOR Y/O ECONOMISTA <input type="checkbox"/> TITULADO
		<input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER	
		<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA	
		<input type="checkbox"/> MAESTRIA	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>

EGREDADO

 TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

MANEJO DE HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA (TABLAS DINÁMICAS) Y OTROS.  
 CONOCIMIENTO EN MANEJO DE LOS APLICATIVOS SIGA Y SIAF

**B.) PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.**

**NOTA:** CADA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DEBEN TENER NO MENOS DE 08 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 60 HORAS.

**INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:**  
 CERTIFICADO DE CAPACITACIONES EN SU PROFESIÓN.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X		
EXCEL		X		
POWER POINT		X		

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLÉS	X			
.....				
.....				

**EXPERIENCIA**
**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA **CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL**; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
 EL PUESTO NO REQUIERE EXPERIENCIA MÍNIMA.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:

PROFESIONAL   
  AUXILIAR O ASISTENTE   
  ANALISTA/ ESPECIALISTA   
  SUPERVISOR/ COORDINADOR   
  JEFE DE AREA O DPTO   
  GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO;** YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:

EL PUESTO NO REQUIERE EXPERIENCIA MÍNIMA.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

**SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO   
  **NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EL PUESTO NO REQUIERE EXPERIENCIA MÍNIMA.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**



CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>ESP SOP-17</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	ESPECIALISTA EN SOPORTE	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	ESPECIALISTA EN SOPORTE	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
PRESTAR SERVICIO COMO SOPORTE DEL AREA DE PATRIMONIO, Y REALIZAR LAS DIFERENTES COORDINACIONES PARA EL PROCESAMIENTO DE BIENES PATRIMONIALES, PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS SEGÚN LAS NORMAS DE LA SBN.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	ORGANIZAR Y EJECUTAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS A LA ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE LOS BIENES PATRIMONIALES DE LA ENTIDAD.	
2	GESTIONAR EL INVENTARIO FÍSICO DE BIENES MUEBLES PATRIMONIALES Y EFECTUAR LA CONCILIACIÓN CORRESPONDIENTE.	
3	GESTIONAR EL ALTA, BAJA, SANEAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS BIENES MUEBLES PATRIMONIALES.	
4	ACTUALIZAR EL INVENTARIO PATRIMONIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	
5	ACTUALIZAR MENSUALMENTE LA BASE DEL REGISTRO PATRIMONIAL Y ELABORACIÓN DE REPORTES REQUERIDOS POR EL RESPONSABLE DEL MÓDULO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA SIGA MEF PATRIMONIO.	
6	OTRAS ACTIVIDADES QUE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ENTIDAD, LE SEAN ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO O SUPERIOR	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>			<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>				
	INCOMPLETA	COMPLETA		CONTADOR PUBLICO, ADMINISTRADOR Y/O ECONOMISTA	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGREDADO	<input type="checkbox"/>	<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>		
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		BACHILLER	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TITULO /LICENCIATURA	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		MAESTRIA	<input type="checkbox"/>			
				EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				DOCTORADO	<input type="checkbox"/>				
				EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
MANEJO DE HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA, MICROSOFT WINDOWS, OFFICE EXCEL AVANZADO(TABLAS DINÁMICAS) INTERNET Y OTROS
CONOCIMIENTO EN APLICATIVO SIGA PATRIMONIO

**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 MANEJO DE HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA, MICROSOFT WINDOWS, OFFICE EXCEL (TABLAS DINÁMICAS) INTERNET Y OTROS  
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLÉS	X			
EXCEL		X			.....				
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 01 AÑO, SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

PROFESIONAL   
  AUXILIAR O ASISTENTE   
  ANALISTA/ ESPECIALISTA   
  SUPERVISOR/ COORDINADOR   
  JEFE DE ÁREA O DPTO   
  GERENTE O DIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 06 MESES EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

**SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO   
  **NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

NO SE REQUIERE EXPERIENCIA MÍNIMA EN EL PUESTO Y/O CARGO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

---

<b>HABILIDADES O COMPETENCIAS</b>
-----------------------------------

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
------------------------------------

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
--

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
--------------------------------------

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
---

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
---

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ
---



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		NUTR-18
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	NUTRICIONISTA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	NUTRICIONISTA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
EFECTUAR LA EVALUACION DEL CONTENIDO NUTRICIONAL Y OTRAS ESPECIFICACIONES DE LA ALIMENTACION, A FIN DE CUBRIR LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS PACIENTES; DE IGUAL MANERA LA VIGILANCIA DE LOS DATOS ESTADISTICOS POR TODAS LAS AREAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	EFECTUAR LA VISITA Y EVALUACION NUTRICIONAL AL PACIENTE	
2	ELABORAR LA INDICACION ESPECIFICA DE DIETA AL PACIENTE EN OBSERVACION; EN RELACION A LA PROGRAMACION DE MENU DIARIO.	
3	BRINDAR INDICACIONES DE DIETA AL PACIENTE DADO DE ALTA O PACIENTE AMBULATORIO Y EFECTUAR EL CONTROL PERIODICO DE SU EVOLUCION NUTRICIONAL EN CASO SEA NECESARIO.	
4	PROGRAMAR LA DISTRIBUCION DE DIETAS Y RACIONES A LOS PACIENTES Y PERSONAL AUTORIZADO.	
5	EJECUTAR ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD NUTRICIONAL, CAPACITACION Y ORIENTACION EN EDUCACION ALIMENTARIA Y NUTRICION DIRIGIDAS AL INDIVIDUO, GRUPO O COMUNIDAD.	
6	EN EL AMBITO DE SU JURISDICCION, PRODRÁ PARTICIPAR EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS, BRIGADAS MOVILES, CON LA FINALIDAD DE INFORMAR, EDUCAR Y ATENDER A LA POBLACION EN MATERIA DE SALUD NUTRICIONAL.	
7	REGISTRAR LA HISTORIA CLINICA EN LA ATENCION NUTRICIONAL AL NIÑO, ADOLESCENTE, JOVEN, ADULTO, ADULTO MAYOR, GESTANTE Y OTROS, DE ACUERDO A LAS NORMAS Y GUIAS DE ATENCION. DE IGUAL MODO ESTAS DEBEN ESTAR REGISTRADOS EN EL HIS, FUAS Y SIEN.	
8	CUMPLIR CON LA ATENCION INTEGRAL A GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES O DE RIESGO NUTRICIONAL EN EL AMBITO DE SU ESTABLECIMIENTO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL MAIS BFC CUMPLIENDO CON LAS NORMAS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	
9	CUMPLIR CON LA EVALUACION Y SEGUIMIENTO ESTRICTO DE PERSONAS Y FAMILIAS EN RIESGO NUTRICIONAL (GESTANTES, PUERPERAS, NIÑOS, ADOLESCENTE, ADULTO, ADULTOS MAYORES Y OTROS) DE ACUERDO A LA SECTORIZACION ESTABLECIDA Y NECESIDAD DE PACIENTES DEL AMBITO DE SU JURISDICCION, REPORTAR LA ACTIVIDAD COMO CORRESPONDA.	
10	REALIZAR LA INSPECCION DE ALMACENES DE ALIMENTOS, SERVICIOS DE ALIMENTACION DE PROGRAMAS SOCIALES SEGÚN NORMAS Y GUIAS ESTABLECIDAS.	
11	REALIZAR GESTION CON LOS GOBIERNOS LOCALES EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL TDI	
12	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS DE PRIMER NIVEL, PROYECTADO A FAVOR DE LA POBLACION EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS PPR, CONVENIO FED, SIS Y GESTION.	
13	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACION MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, EN ALIMENTACION Y NUTRICION; TALES COMO LA SUPLEMENTACION DE MICRONUTRIENTES POR ETAPAS DE VIDA, CONSEJERIAS NUTRICIONALES, SESIONES DEMOSTRATIVAS, VIGILANCIA COMUNITARIA DEL ESTADO NUTRICIONAL, DEFICIENCIAS DEL CONSUMO DE YODO EN SAL, ASISTENCIA ALIMENTARIA DE LOS PROGRAMAS SOCIALES, E INSPECCION DE LOCALES DE PREPARACION DE ALIMENTOS; PARA SU ENVIO A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.	
14	GARANTIZAR EL INGRESO DE LOS DATOS DEL SIEN POR ETAPAS DE VIDA, DE FORMA DIARIA, SEMANAL Y MENSUAL, ASI CON SU ENVIO A SU INMEDIATO SUPERIOR PARA SU EVALUACION.	
15	CUMPLIR OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO.	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

<b>COORDINACIONES INTERNAS</b>
TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.
<b>COORDINACIONES EXTERNAS</b>
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?				
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>LICENCIADO EN NUTRICION</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGREDADO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BACHILLER	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/>				
					<input type="checkbox"/>				

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

**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.

<b>INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:</b>
CAPACITACION EN TEMAS A FINES A LA PROFESION

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO  
EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**



A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO.

PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA DPTO     GERENTE DIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO     **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276. (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>TEC REA-19</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	TECNICO(A) EN REABILITACION	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	TECNICO(A) EN REABILITACION	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
BRINDAR PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN LA ASISTENCIA Y CONTROL DE PACIENTES DE ACUERDO A INDICACIONES DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. CONTROL DE FUNCIONES VITALES Y REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES EN LA SALUD.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	PARTICIPAR EN LOS PROCESOS QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.	
2	REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	
3	PREPARAR Y ORDENAR CON LA DEBIDA ANTICIPACIÓN LOS AMBIENTES Y EQUIPOS BIOMÉDICOS A EMPLEARSE DURANTE LAS TERAPIAS	
4	MANTENIMIENTO, LIMPIEZA Y ORDEN DE LOS EQUIPOS Y MOBILIARIO DEL AMBIENTE DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD.	
5	PARTICIPAR EN LA PREVENCIÓN, CONTROL Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES	
6	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**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>			<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>					
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>TÉCNICO EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/> X	NO		
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGREDADO	<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>				
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				BACHILLER	
<input checked="" type="checkbox"/> X	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> X		<input checked="" type="checkbox"/> X	TITULO /LICENCIATURA	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/> X	NO
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MAESTRIA	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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
CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

**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:**  
 ACREDITAR CURSOS DE PRIMEROS AUXILIOS.  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD	X				INGLÉS	X			
EXCEL	X				.....				
POWER POINT	X				.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
 EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.**

- PROFESIONAL   
  AUXILIAR O ASISTENTE   
  ANALISTA/ ESPECIALISTA   
  SUPERVISOR/ COORDINADOR   
  JEFE DE ÁREA DPTO   
  GERENTE DIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

- SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.   
  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O



PERÚ

Ministerio  
de Salud

FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.
--

<b>HABILIDADES O COMPETENCIAS</b>
-----------------------------------

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
------------------------------------

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
--

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
--------------------------------------

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
---

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
---

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ
---



<input type="checkbox"/>	DOCTORADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>
		TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
MANEJO DEL APLICATIVO HIS MINSA.
CONOCIMIENTO EN FORMATEO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
CONOCIMIENTO EN INSTALACIÓN DE DIFERENTES SOFTWARE
CONOCIMIENTO EN INSTALACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE REDES
CONOCIMIENTOS EN ENSAMBLAJE Y MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS
CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

**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:**

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD			X		INGLÉS	X			
EXCEL			X		.....				
POWER POINT			X		.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.**

<input type="checkbox"/> PROFESIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> AUXILIAR O ASISTENTE	<input type="checkbox"/> ANALISTA/ ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/> SUPERVISOR/ COORDINADOR	<input type="checkbox"/> JEFE DE AREA DPTO	<input type="checkbox"/> GERENTE DIRECTOR
--------------------------------------	--	---	--	--	---

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

X

**SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

**NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



## **EVALUACION CURRICULAR (60 PTOS)**

<b>CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES DE LA SALUD CON FUNCIÓN ASISTENCIAL</b>	<b>PUNTAJE MAXIMO</b>
<b>EVALUACION CURRICULAR</b>	<b>60</b>
<b>1. INFORMACIÓN:</b>	<b>25</b>
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	20
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACION	2
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ESPECIALIZACIÓN	1
CERTIFICADO DE MAESTRÍA CON TÍTULO	3
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE MAESTRÍA	1.5
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
RESOLUCIÓN DE TÉRMINOS DE SERUMS / 1 AÑO EXPERIENCIA.	5
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (3 PUNTOS POR AÑO)	15
<b>3. CAPACITACIÓN</b>	<b>12</b>
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (2 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 90 HORAS EN CAPACITACIÓN).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 24 HORAS EN CAPACITACIÓN Y/O DE DOS DÍAS A MÁS).	6
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/FELICITACIONES (1 PUNTO C/U MÁX. 3)	3

<b>CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES CON FUNCIÓN ADMINISTRATIVA</b>	<b>PUNTAJE MAXIMO</b>
<b>EVALUACION CURRICULAR</b>	<b>60</b>
<b>1. INFORMACIÓN:</b>	<b>25</b>
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	20
CERTIFICADO DE MAESTRÍA CON TÍTULO	3
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE MAESTRÍA	1.5
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACION	2
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ESPECIALIZACIÓN	1
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (4 PUNTOS POR AÑO)	20
<b>3. CAPACITACIÓN</b>	<b>12</b>
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (2 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 60 HORAS EN CAPACITACIÓN).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 08 HORAS EN CAPACITACIÓN Y/O DE DOS DÍAS A MÁS).	6
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/FELICITACIONES (1 PUNTO C/U MÁX. 3)	3



PERÚ

Ministerio  
de Salud

<b>CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA TÉCNICO/ASISTENTE CON FUNCIÓN ADMINISTRATIVA - ASISTENCIAL</b>	<b>PUNTAJE MAXIMO</b>
<b>EVALUACION CURRICULAR</b>	<b>60</b>
<b>1. INFORMACIÓN:</b>	<b>25</b>
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	25
BACHILLER A NOMBRE DE LA NACIÓN	23
TÍTULO TÉCNICO DE INSTITUTO SUPERIOR	21
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (4 PUNTOS POR AÑO)	20
<b>3. CAPACITACIÓN</b>	<b>12</b>
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (2 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 60 HORAS EN CAPACITACIÓN).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 08 HORAS EN CAPACITACIÓN Y/O DE DOS DÍAS A MÁS).	6
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/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.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## 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	
<b>I. ASPECTO PERSONAL Y PUNTUALIDAD - SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EMOCIONAL</b> 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.	<b>10 MÁX.</b>	
<b>II. CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL</b> 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.	<b>15 MÁX.</b>	
<b>III. CAPACIDAD DE PERSUACION Y TOMA DE DECISIONES</b> 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.	<b>5 MÁX.</b>	
<b>IV. CONOCIMIENTO DE CULTURA GENERAL</b> MIDE LA MAGNITUD DE LOS CONOCIMIENTOS DEL POSTULANTE RELACIONADOS CON EL CARGO, LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD CULTURA GENERAL.	<b>10 MÁX.</b>	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>40</b>	

**ANEXO N° 01  
CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/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:

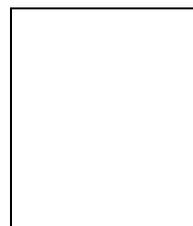
APELLIDO PATERNO			
APELLIDO MATERNO			
NOMBRES			
DOMICILIO LEGAL			
ANEXO:	DISTRITO:	PROV.:	DEP.:
FECHA DE NACIMIENTO			
N° DE DNI			
N° DE RUC			
TELÉFONO FIJO			
TELÉFONO MÓVIL			
CORREO ELECTRÓNICO			

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL

**ANEXO N° 02**  
**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES EN LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

PRESENTE.-

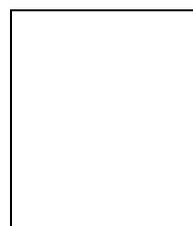
DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

- QUE CUMPLIRÉ CON LAS PRESTACIONES A MI CARGO RELACIONADAS AL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN.
- NO HABER RENUNCIADO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS CALENDARIO A FECHA DE PRESENTACION DE DOCUMENTOS DE LA PRESENTE CONVOCATORIA, A UN PUESTO Y/O CENTRO DE SALUD EN LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ. (**PERSONAL ASISTENCIAL**).

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

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

  
HUELLA  
DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**ANEXO N° 03**  
**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

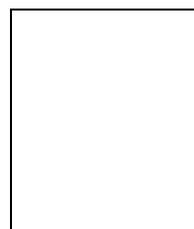
- QUE NO ME ENCUENTRO INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.
- QUE NO ME ENCUENTRO IMPEDIDO PARA SER POSTULANTE.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL

**ANEXO N° 04**  
**LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIÓN DE DOBLE PERCEPCIÓN**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-  
CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

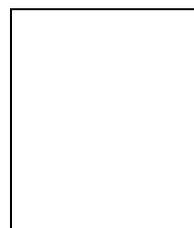
- ☞ QUE NO ME ENCUENTRO INMERSO DENTRO DE LA INCOMPATIBILIDAD DE INGRESOS ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO N° 7 DEL DECRETO DE URGENCIA N° 020-2006 "NORMAS DE AUSTERIDAD Y RACIONALIDAD EN EL GASTO PÚBLICO", EL CUAL PRECISA QUE EN EL SECTOR PÚBLICO NO SE PODRÁ PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN Y PENSIÓN, INCLUIDOS HONORARIOS POR SERVICIOS NO PERSONALES.
- ☞ LAS 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 SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL



PERÚ

Ministerio de Salud

**ANEXO N° 05  
LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

PRESENTE.-

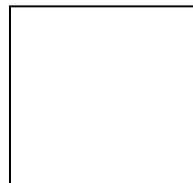
DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/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 SETIEMBRE DE 2019

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



HUELLA DIGITAL

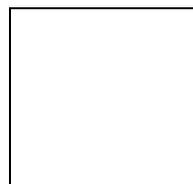
**EN CASO DE TENER PARIENTES**

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 SETIEMBRE DE 2019

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



HUELLA DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**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 N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

- GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**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 N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-  
CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO

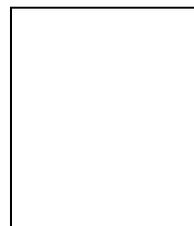
- **NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**, YA SEA POR OBLIGACIONES ALIMENTARIAS ESTABLECIDAS EN SENTENCIAS O EJECUTORIAS O ACUERDO CONCILIATORIO CON CALIDAD DE COSA JUZGADA, ASÍ COMO TAMPOCO MANTENER ADEUDOS POR PENSIONES ALIMENTARIAS DEVENGADAS SOBRE ALIMENTOS, QUE AMERITEN LA INSCRIPCIÓN EN EL REDAM.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL

**ANEXO N° 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 N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-  
CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

**BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS  
(MARQUE CON UN "X" LA RESPUESTA)**

<b>PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
USTED ES UNA PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS Y CUENTA CON LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD  
(MARQUE CON UN "X" LA RESPUESTA)**

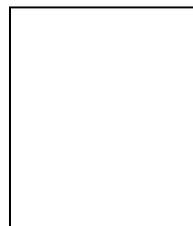
<b>PERSONA CON DISCAPACIDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
USTED ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY N° 29973, LEY GENERAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y CUENTA CON LA ACREDITACIÓN CORRESPONDIENTE?		

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES VERDADERA, SOMETIÉNDOME AL PROCESO DE FISCALIZACIÓN POSTERIOR.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_ FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**ANEXO N° 09**  
**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

N° DE CONVOCATORIA: \_\_\_\_\_

**I. DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO : \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO : \_\_\_\_\_

NOMBRES : \_\_\_\_\_

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

DIRECCIÓN : \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

CELULAR : \_\_\_\_\_ TELEF. FIJO: \_\_\_\_\_

COLEGIO PROFESIONAL (SI APLICA) : \_\_\_\_\_

REGISTRO : \_\_\_\_\_ LUGAR DEL REGISTRO: \_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD**

EL POSTULANTE ES DISCAPACITADO:

SI

NO

N° DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDICAR EL NÚMERO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.



PERÚ

Ministerio de Salud

## II. 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)

## III. 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					
07					
08					

**NOTA:** SE PODRÁ AÑADIR OTRO CUADRO SI ES NECESARIO.

**IV. EXPERIENCIA LABORAL**

DETALLAR EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES CUADROS, LA EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL EN ORDEN CRONOLÓGICO.

N°	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO			FECHA DE CULMINACIÓN			TIEMPO EN EL CARGO		EXPERIENCIA EN LA ENTIDAD			
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	AÑO	MES	PUBLICA	PRIVADA	ONG	OTRO
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													

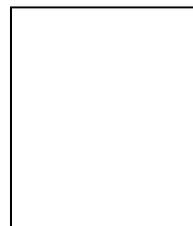
**NOTA:** SE PODRÁ AÑADIR OTRO CUADRO SI ES NECESARIO.

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 SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_ FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL



**ANEXO N° 10  
FICHA DE DATOS DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
DNI	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	UBIGEO DNI	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
LUGAR DE NACIMIENTO						

DIRECCIÓN DOMICILIARIA ACTUAL	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
DOMICILIO			

TELEFONO DOMICILIARIO	TELEFONOS MOVIL	E-MAIL

	CCI: _____	<input type="checkbox"/> Banco de la Nación (Preferentemente)
	CTA: - -	<input type="checkbox"/> Otro _____
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 FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIAS	TELEFONO

<input type="checkbox"/> Vehículo Menor <input type="checkbox"/> Vehículo Mayor	N° _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> _____	
Tipo de Licencia de Conducir	Licencia de Conducir	Clase-Categoría	Talla de Chaqueta / Casaca	Talla de Buzo	Talla de Calzado	

SISTEMA DE PENSIONES	
<input type="checkbox"/> Deseo Afiliarme <input type="checkbox"/> Me encuentro afiliado	
<input type="checkbox"/> O.N.P.	Sistema Nacional de Pensiones <a href="http://www.onp.gob.pe">www.onp.gob.pe</a>
<input type="checkbox"/> AFP Integra <input type="checkbox"/> AFP Profuturo	Sistema Privado de Pensiones <a href="http://www.sbs.com.pe">www.sbs.com.pe</a> <input type="checkbox"/> AFP Horizonte <input type="checkbox"/> AFP Prima

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 setiembre de 2019

Firma y Posfirma del Declarante	Indice 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
	<input type="checkbox"/> M.C. GINECO-OBSTETRA <input type="checkbox"/> M.C. GENERAL <input type="checkbox"/> M.C. INTERNISTA <input type="checkbox"/> M.C. PEDIATRA <input type="checkbox"/> M.C. ANASTESIOLOGO  <input type="checkbox"/> ENF. CENTRO QUIRURGIC. <input type="checkbox"/> ENF. ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> ENF. UNIDAD DE SEGURO <input type="checkbox"/> ENF. EPIDEMIOLOGIA  <input type="checkbox"/> MEDICO CIRUJANO <input type="checkbox"/> ENFERMERIA <input type="checkbox"/> OBSTETRIZ <input type="checkbox"/> BIOLOGO <input type="checkbox"/> PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA <input type="checkbox"/> CIRUJANO DENTISTA <input type="checkbox"/> QUIMICO FARMACEUTICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGO MEDICO  <input type="checkbox"/> TEC. ENFERMERIA <input type="checkbox"/> TEC. FARMACIA <input type="checkbox"/> TEC. LABORATORIO <input type="checkbox"/> TEC. RADIOLOGO  <input type="checkbox"/> ING. SISTEMAS <input type="checkbox"/> OPERADOR PAD <input type="checkbox"/> ASIST. ADMINISTRATIVO  <input type="checkbox"/> PERSONAL DE SEGURIDAD <input type="checkbox"/> PERSONAL LIMPIEZA <input type="checkbox"/> SERVICIOS GENERALES <input type="checkbox"/> CHOFER <input type="checkbox"/> OTRO			<input type="checkbox"/> C.S. _____ <input type="checkbox"/> P.S. _____ <input type="checkbox"/> OFICINA _____ <input type="checkbox"/> AREA _____	<input type="checkbox"/> Nombrado (*) <input type="checkbox"/> Contrato D.L. 276 <input type="checkbox"/> Contrato D.L. 1057 <input type="checkbox"/> Serums Nacional <input type="checkbox"/> Serums Regional	UNIDAD OPERATIVA RED SALUD HUAYTARA	007 REGION HUANCavelica - GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA

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

(*) MODALIDAD CONTRACTUAL	TIPO	DOCUMENTO CONTRACTUAL		FECHA CONTRACTUAL		REMUNERACION MENSUAL
		Nº	FECHA	INICIO	TERMINO	
<input type="checkbox"/> D.L. 276 - MINSA <input type="checkbox"/> D.L. 1057 - C.A.S.	<input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Contrato	Nº _____-201__ / GOB.REG.HVCA/GSRH/G.	___/___/201__	___/___/201__	___/___/201__	S/. _____,00
<input type="checkbox"/> Serums Nacional <input type="checkbox"/> Serums Regional	<input type="checkbox"/> Proveido	Nº _____ 201__ --	___/___/201__	___/___/201__	___/___/201__	MODALIDAD: <input type="checkbox"/> Remunerado <input type="checkbox"/> Equivalente
Otro: <input type="checkbox"/>						

**DE LA MODALIDAD PRESUPUESTAL**

PRESUPUESTO	
<input type="checkbox"/>	9001 ExPAAG - Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
<input type="checkbox"/>	9001 Funcionamiento Red de Salud
<input type="checkbox"/>	9002 AISPED Huaytará – Llillinta
<input type="checkbox"/>	9001 Hospital Provincial Huaytará
<input type="checkbox"/>	9002 Seguro Integral de Salud –AUS
<input type="checkbox"/>	

PRESUPUESTO PPR	
<input type="checkbox"/>	0001 Programa Articulado Nutricional.
<input type="checkbox"/>	0002 Salud Materno Neonatal.
<input type="checkbox"/>	0016 TBC-VIH/SIDA.
<input type="checkbox"/>	0017 Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis.
<input type="checkbox"/>	0018 Enfermedades No Transmisibles.
<input type="checkbox"/>	0024 Prevención y Control de Cáncer.
<input type="checkbox"/>	0068 Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres

PRESUPUESTO MINSA - Decreto Legislativo 276	
<input type="checkbox"/>	Nombrado.
<input type="checkbox"/>	Contrato a Plazo Fijo.
<input type="checkbox"/>	Serums Nacional.
<input type="checkbox"/>	Serums Regional.

OTROS PRESUPUESTO	
<input type="checkbox"/>	PIR – Hvca.
<input type="checkbox"/>	SISMED – Hvca.
<input type="checkbox"/>	Municipalidad.

**DEL TIPO INGRESO:**

	MEDIANTE:	DOCUMENTO:	DE FECHA:	CONCEPTO
<input type="checkbox"/>	CONVOCATORIA	_____-201__ / GOB.REG.HVCA/GSRH		
<input type="checkbox"/>	PROPUESTA DIRECTA	_____-201__ / UORSH Nº _____-		
<input type="checkbox"/>	OTRO:			

Huaytará, \_\_\_ de setiembre de 2019



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**DEBE  
DECIR:**



## CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

### CAPITULO I

#### I. GENERALIDADES

##### 1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : Gerencia Sub Regional Huaytará.  
RUC N° : 20494643473.

##### 2. DOMICILIO LEGAL

Calle Municipalidad S/N, Huaytará, Huaytará, Huancavelica.

##### 3. OBJETO DE LA CONVOCATORIA.

Contratar Personal Profesional de la Salud (Asistenciales), Personal Profesional (Administrativos), Personal Técnico (Administrativo) y Personal Técnico (Administrativo), para cubrir las plazas previstas en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP) y plazas adicionales, aprobada mediante Ordenanza Regional N° 409-GOB.REG.HVCA/CR de fecha 14 de noviembre de 2018. Por el periodo de 04 meses (Setiembre - Diciembre).

##### 4. DEPENDENCIA A CARGO DE LA CONVOCATORIA

El órgano encargado es el Comité Especial Permanente de Proceso de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios - CAS para el Año Fiscal 2019 de la Unidad Operativa Red de Salud - Huaytará, Aprobado mediante Resolución Gerencial Sub Regional N° 185-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H/G.

##### 5. COSTO TOTAL DEL SERVICIO

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

##### 6. 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 al cargo que postula.
- Entrevista Personal.

##### 7. BASE LEGAL.

- ✓ Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- ✓ Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- ✓ Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- ✓ Ley N° 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° 30879, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019.
- ✓ D.L. N° 1057, 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 N° 065-2011-PCM
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 141-2011-SERVIR/PE.
- ✓ Ley N° 26771 de Nepotismo y su reglamento.



- ✓ Ley N° 27050 Ley General de la Persona con Discapacidad.
- ✓ Norma sobre el registro de Sanciones de Destitución y Despido, creado por D.S. N° 089-2006-PCM.
- ✓ Ley N° 27815 Código de Ética de la Función Pública
- ✓ D.S. N° 054-99-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.

<b>CONVOCATORIA</b>		
1	Publicación en el Ministerio de Trabajo - HVCA.	A partir del 23 de agosto de 2019.
2	Publicación de Convocatoria en el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica	A partir del 23 de agosto de 2019.
3	Presentación curricular por mesa de partes de la Gerencia Sub Regional Huaytará. Calle Municipalidad S/N – Huaytará	10 de setiembre de 2019. Hora: de 08:00 a.m. a 01:00 p.m, de 2:30 pm a 05:30 pm.
<b>SELECCIÓN</b>		
4	Evaluación Curricular	11 de setiembre de 2019.
5	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular	11 de setiembre de 2019. A partir de las 5:30 p.m.
6	Presentación de Recursos de Reconsideración	12 de setiembre de 2019 de 08:00 a.m. a 09:00 a.m.
7	Absolución de Recursos de Reconsideración	12 de setiembre de 2019 de 09:30 a.m. a 10:30 a.m.
8	Publicación del cuadro de Méritos Final de Evaluación curricular	12 de setiembre de 2019 de 10:30 a.m.
9	Entrevista Personal Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	12 de setiembre de 2019 Hora: 11:00 p.m.
10	Publicación de Cuadro de Méritos Final	12 de setiembre de 2019 Hora: 5:30 p.m.
11	Adjudicación de Plazas: Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	12 de setiembre de 2019 5:30 p.m.
<b>INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO</b>		
12	Suscripción del Contrato	13 de setiembre de 2019
13	Inicio de labores del Personal: Asistencial y Administrativo.	13 de setiembre de 2019

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

## 2.2 DOCUMENTACION A PRESENTAR:

### Lugar y horario de presentación de propuesta:

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Duración del contrato:	- Inicio : 13 de setiembre de 2019 - Término : 31 de diciembre de 2019
Otras condiciones esenciales del contrato	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No tener impedimentos para contratar con el Estado.</li> <li>✓ No encontrarse registrado en el Cuaderno de Deudores Alimentistas.</li> <li>✓ No tener sanción por falta administrativa vigente.</li> <li>✓ No tener Antecedentes Judiciales, Policiales, Penales ni proceso(s) judicial(es) por alimentos u otros.</li> <li>✓ El personal que se presente a una plaza asistencial en la presente convocatoria no debe mantener Contrato Administrativo de Servicios vigente con la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará - Gerencia Sub Regional de Huaytará, asimismo tampoco debe haber renunciado a una plaza asistencial en los últimos 30 días a la fecha de presentación de documentos de la presente convocatoria.</li> </ul>

### 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, código de la plaza y nombre del cargo al que postula. Este documento deberá de presentarse con solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará, con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS - 2019, conforme al siguiente detalle:

Señores:  
GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ  
**Comité de Evaluación 2019.**  
**PROCESO CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP**

Apellidos y Nombre Del Postulante:.....

Código de la Plaza: ..... Nombre del Cargo al que postula:.....

Folios: ..... Firma: .....

Los formatos/anexos 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, firmados y con la huella del postulante en cada uno de los documentos presentados; el título profesional, bachiller y/o técnico, y el DNI, deberán ser legalizados por la Institución de Origen y/o ante Notario Público; estos documentos no deben tener más de tres (03) meses de antigüedad a la fecha de la presentación (10/09/2019).



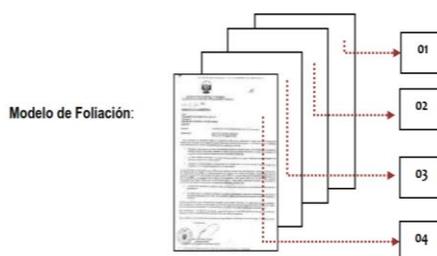
### **SOBRE CURRICULAR:**

Documentación de presentación obligatoria:

- a) Solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará (con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS-2019), comunicando el deseo de participar en la presente Convocatoria, nombre completo del postulante, código de la plaza y nombre del cargo al que postula.
- b) Copia del Documento de Identidad Nacional legalizado por notario, no debiendo tener una antigüedad mayor a tres (03) meses a la fecha de la presentación (10/09/2019).
- c) Copia del Título Profesional/Bachiller y/o Título Técnico legalizado por notario público o la Institución de Origen, no debiendo tener una antigüedad mayor a tres (03) meses a la fecha de la presentación (10/09/2019).
- d) Resolución de término de SERUMS obligatorio (profesionales de Salud).
- e) Constancia de Habilidad Profesional vigente en original de los profesionales de la salud (indispensable).
- f) Declaración Jurada de los Datos del Postulante. (Anexo N° 1).
- g) Carta de Declaración Jurada de Cumplimiento de prestaciones, el **personal asistencial no debe mantener Contrato Administrativo de Servicios vigente con la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará, asimismo tampoco deben haber renunciado a una plaza asistencial en los últimos treinta (30) días calendarios a un Puesto y/o Centro de Salud, en La Unidad Operativa Red De Salud Huaytará, (Anexo N°02).**
- h) Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa ni judicialmente para contratar con el Estado. (Anexo N°03).
- i) Ley N° 26771 - Declaración Jurada sobre Prohibición de Doble Percepción. (Anexo N°04).
- j) Declaración Jurada en la que el postulante declare no tener parentesco con los miembros del Comité de Evaluación del Contrato Administrativo de Servicios N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP, y/o funcionarios de la institución de acuerdo a Normas. (Anexo N°05).
- k) Declaración Jurada de contar con Buena Salud Físico Mental. (Anexo N° 06).
- l) Declaración Jurada de No estar Registrado en el REDAM. (Anexo N° 07).
- m) Declaración Jurada de Persona Licenciada de las Fuerzas Armadas y/o Persona Con Discapacidad. (Anexo 08).
- n) Currículum Vitae debidamente sustentado y documentado. (Anexo N°09).
- o) Ficha de Datos del Trabajador (Postulante). (Anexo N°10)

### **NOTA:**

- 1) Todos los anexos deberán ser llenados de acuerdo al modelo adjunto, CASO CONTRARIO SERÁN CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN;
- 2) Toda la documentación presentada incluido el Currículum deberá estar **FOLIADO (Enumerar literal y numéricamente, de manera ascendente iniciando de la última página además con huella en cada folio) Y ORDENADO, CASO CONTRARIO NO SERÁN CONSIDERADOS PARA LA EVALUACIÓN CURRICULAR.**
- 3) **Los postulantes Aptos para la Etapa de Entrevista,** deberán portar el original de cada uno de los documentos presentados en la presente Convocatoria CAS, con la finalidad de que los Fedatarios acreditados de la Red de Salud Huaytará, certifiquen la veracidad de los mismo; **EN CASO QUE EL (LOS) POSTULANTE(S), NO PRESENTEN EL(LOS) ORIGINAL(ES) DE LA DOCUMENTACIÓN CONTENIDA EN SU EXPEDIENTE PARA LA PRESENTE CONVOCATORIA, SERÁ CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN INMEDIATA DEL PROCESO CAS.**



- 4) 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.
- 5) 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.

La calificación será considerada de 0 a 100 puntos, teniendo en cuenta los puntajes máximos y mínimos aprobatorios por cada etapa de evaluación:

- **Evaluación Curricular: 60 puntos**

<b>Puntaje a considerar en la Evaluación Curricular</b>	
Puntaje máximo aprobatorio	60 puntos
Puntaje mínimo aprobatorio	40 puntos

En esta etapa se considerará el puntaje máximo aprobatorio de 60 puntos y mínimo aprobatorio de 40 puntos de acuerdo a los factores de evaluación, el postulante que no obtenga el puntaje mínimo será descalificado automáticamente.

- **Evaluación de Entrevista Personal: 40 puntos.**

<b>Puntaje a considerar en la Entrevista Personal</b>	
Puntaje máximo aprobatorio	40 puntos
Puntaje mínimo aprobatorio	25 puntos

En esta etapa se considerará el puntaje máximo aprobatorio de 40 puntos y mínimo aprobatorio de 25 puntos de acuerdo a los factores de evaluación, el postulante que no obtenga el puntaje mínimo será descalificado automáticamente.

#### **Evaluación del Sobre Curricular:**

- Formación Profesional y Capacitación.
- Experiencia Laboral.
- Méritos y/o Funciones Asignadas.



Se verificará que el sobre curricular cumpla con los requerimientos mínimos contenidos en el Capítulo III de la presente base, de observarse documentos que no estén foliados como lo indica el punto 2.2.1 de la presente base, no será evaluado.

### **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.

#### **DEBERÁ TOMARSE EN CUENTA LO SIGUIENTE:**

1. Se considerará admitido a todo postulante que **acredite cumplir con el perfil** solicitado; solo podrán pasar a la etapa de entrevista personal aquellos postulantes que obtengan un puntaje igual o superior al puntaje mínimo aprobatorio.
2. **Será descalificado aquel postulante:**
  - **Que omita con presentar alguno de los documentos que debe contener el sobre curricular.**
  - **Que presente documentos dudosos**
  - **Que no cumpla con los requisitos solicitados.**
3. Para efectos de las acreditaciones de capacitación se tomará en cuenta Especializaciones, Diplomados, Cursos y Certificados; para efectos de experiencia laboral se tomará en cuenta Contratos Administrativos de Servicios (CAS), Resoluciones 276, 728 y Contratos por Locación de Servicios, de acuerdo al cargo al 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 PERSUASION 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.**

### **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 priorizará al que tenga mayor experiencia laboral, de persistir el empate se priorizará al que tenga mayor antigüedad del título.

#### **2.4 DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

La adjudicación de las plazas se realizará de acuerdo al cronograma, siendo que la SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO se realizará el 13 de setiembre del presente año, y el INICIO DE LABORES para el Personal



PERÚ

Ministerio  
de Salud

*Profesionales de la Salud (Asistenciales y Administrativos), Personal Técnico en Salud (Asistenciales y Administrativos) y Personal de Mantenimiento a partir del 13 de setiembre de 2019 al 31 de diciembre de 2019.*

*El ganador deberá tomar posesión del cargo desde el día de inicio de labores (13 de setiembre de 2019), vencido dicho plazo, se procederá a notificar al que quedó elegible en segundo puesto en orden de mérito para que tome posesión del 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 – 2019**

**PROFESIONALES DE LA SALUD (ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS),  
TÉCNICO EN SALUD (ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS) Y PERSONAL DE  
MANTENIMIENTO PARA LA RED DE SALUD DE HUAYTARÁ**

**PROCESO CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP**

N° PLAZA	COD. DE PLAZA	NOMBRE DEL CARGO AL QUE POSTULA	AREA LABORAL	CANT.	MENSUAL	FTE. FTO.	SEC.	PROGRAMA	PLAZO DEL CONTRATO
					S/.		FUN.		
1	MED-01	MEDICO CIRUJANO	C.S. PILPICHACA	1	5,400.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
2			P.S. SANTIAGO DE QUIRAHUARA	1	5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
3			P.S. PICCHAHUASI	1	6,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
4			C.S. HUAYTARA	1	5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
5			C.S. CORDOVA	1	5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
6			P.S. OCOBAMBA	1	5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
7			P.S. QUISHUARPAMPA	1	5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
8			P.S. QUITO ARMA	1	5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
9			P.S. QUERCO	1	5,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
10	LIC ENF-02	LICENCIADA(O) ENFERMERIA	P.S. INGAHUASI	1	2,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
11			P.S. HUAYANTO	1	2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
12			C.S. PILPICHACA	1	2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
13			P.S. PACOMARCA	1	2,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
14			P.S. HUAYACUNDO ARMA	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
15			P.S. SAN ISIDRO DE HUIRPACANCHA	1	2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
16			P.S. VICHURI	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
17	OBST-03	OBSTETRA	C.S. PILPICHACA	1	2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019



PERÚ

Ministerio  
de Salud

18			P.S. OCOBAMBA	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
19			P.S. OCOYO	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
20			P.S. SANTO DOMINGO DE CAPILLAR SUR	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
21			P.S. AYAVI	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
22			P.S. HUAYANTO	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
23	BIO-04	BIOLOGO/A	P.S. SAN ANTONIO DE CUSICANCHA	1	2,200.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
24			C.S. SANTIAGO DE CHOCORVOS	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
25	QUIM FARM-05	QUIMICO(A) FARMACEUTICO	C.S. PILPICHACA	1	2,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
26			C.S. QUERCO	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
27			C.S. SANTA ROSA DE TAMBO	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
28			C.S. CORDOVA	1	2,200.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
29	CD-06	CIRUJANO DENTISTA	P.S. SANTO DOMINGO DE CAPILLAS SUR	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
30			P.S. INGAHUASI	1	2,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
31			P.S. LLILLINTA	1	2,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
32	PSIC-07	PSICOLOGO(A)	C.S. SANTA ROSA DE TAMBO	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
33			C.S. CORDOVA	1	2,300.00	RO	0082	0131 - CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
34			C.S. QUERCO	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
35	TEC ENF-08	TECNICA(O) EN ENFERMERIA	C.S. QUERCO	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
36			P.S. SAN ANTONIO DE CUSICANCHA	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
37			C.S. CORDOVA	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
38			P.S. QUISHUARPAMPA	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
39			P.S. NUEVA JERUSALEN	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
40			ESP ADM - 09	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO I	RED DE SALUD HUAYTARA	1	2,300.00	RO	0092
41	ASIST TEC SEC-10	ASISTENTE TECNICO SECRETARIAL	C.S. HUAYTARA	1	1,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019



42	TEC MANT-11	TECNICO EN MANTENIMIENTO	RED DE SALUD HUAYTARA	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
43	TEC FARM-12	TEC. EN FARMACIA	C.S. HUAYTARA	1	2,000.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
44	NUT - 13	NUTRICIONISTA	C.S. PILPICHACA	1	2,300.00	RO	0092	0001 - PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
45	TEC REA - 14	TECNICO EN REABILITACION	C.S. HUAYTARA	1	2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
46	PAD-15	Operador PAD	C.S. SANTA ROSA DE TAMBO	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
47			C.S. QUERCO	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
48			C.S. PILPICHACA	1	1,600.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019
49	PAD-16	Operador PAD	RED DE SALUD HUAYTARA	1	1,500.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	13/SET/2019 AL 31/DIC/2019

✓ **CONDICIONES DE TRABAJO.**

✓ Las condiciones de trabajo, se rige de acuerdo a la normatividad CAS vigente y sus modificatorias.

- El personal Asistencial y Administrativo será durante el periodo del contrato, 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 será del 13 de setiembre al 31 de diciembre de 2019.

✓ **FORMA DE PAGO**

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



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		MED-01
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	MEDICO CIRUJANO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	MEDICO CIRUJANO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD - CENTRO DE SALUD / PUESTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CUMPLIR CON LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL, ASÍ COMO TAMBIÉN ACCIONES PARA FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES SIS-FED Y CONVENIOS DE GESTION EN CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES; EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	ORGANIZAR, PLANIFICAR, EVALUAR Y SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DELEGADAS AL EE.SS ACORDE A LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	
2	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS, PROYECTADOS A FAVOR DE LA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS (PPR), SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION.	
3	REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS EFECTIVAS PRIORIZANDO EL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL Y SALUD MATERNO NEONATAL.	
4	EXAMINAR, DIAGNOSTICAR Y PRESCRIBIR TRATAMIENTOS MÉDICOS; ASÍ COMO INTERPRETAR ANÁLISIS DE LABORATORIO Y OTROS EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO.	
5	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL: EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA, Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD ASÍ COMO EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	
6	GARANTIZAR EL APOYO AL DIAGNOSTICO MEDIANTE ECOGRAFIAS OBSTETRICAS Y OTRAS.	
7	BRINDAR DIAGNOSTICO OPORTUNO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO PARA LA RECUPERACION DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICIÓN CRONICA INFANTIL (TENER PRESENTE LA ANEMIA CERO).	
8	DETECTAR OPORTUNAMENTE MORBILIDADES EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE VIDA.	
9	CAPTAR, DIAGNOSTICAR Y REALIZAR TRATAMIENTO OPORTUNO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES.	
10	GARANTIZAR LA ATENCIÓN OPORTUNA Y 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.	
11	ORGANIZAR Y PARTICIPAR EN CAMPAÑAS DE ATENCIÓN MÉDICA, ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DEL ÁMBITO DE SU JURISDICCIÓN.	
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	GARANTIZAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE SU JURISDICCIÓN.	
15	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.	
16	ATENCIÓN DEL PARTO INMINENTE, MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ASÍ COMO EL ADECUADO CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA; ATENCIÓN DEL PUERPERIO, ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA MÁS FRECUENTES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ITS/VIH.	
17	IMPLEMENTAR Y/O FORTALECER LA GESTIÓN DE LA CALIDAD MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE REGISTROS.	
18	BRINDAR UNA ATENCION CON CALIDAD Y CALIDEZ DENTRO DEL BUEN TRATO AL USUARIO EXTERNO	



	DE LA COMUNIDAD.
19	GARANTIZAR LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO.
20	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CONVENIO DE GESTION, SIS, FED.
21	MANEJO ADECUADO DE BIOSEGURIDAD.
22	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).
23	GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD.
24	GARANTIZAR EL TRABAJO EN LA INSTANCIA DE ARTICULACION LOCAL.
25	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

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?	
	INCOMPLETA	COMPLETA				
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGRESADO	<b>MEDICO CIRUJANO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>	
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA			
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO		
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO		

### CONOCIMIENTOS

A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):

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
CONOCIMIENTOS EN AIEPI COMUNITARIO Y/O CLÍNICO.
CONOCIMIENTOS EN PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL.

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:

ACREDITAR CAPACITACION EN MEDICINA EN REHABILITACION (SOLO PARA EL CASO DEL CENTRO DE



<b>SALUD HUAYTARA)</b>
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN MANEJO DE EMERGENCIAS.
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.
CURSOS EN SALUD PÚBLICA EN LOS ULTIMOS 03 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (SUSTENTAR CON DOCUMENTOS).**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO

- PROFESIONAL
  AUXILIAR O ASISTENTE
  ANALISTA/ ESPECIALISTA
  SUPERVISOR/ COORDINADOR
  JEFE DE AREA O DPTO
  GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO;** EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:**

- SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO
  **NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

<b>HABILIDADES O COMPETENCIAS</b>
CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		LIC. ENF.-02
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
GARANTIZAR ESTRUCTAMENTE LA DISMINUCION DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, Y VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	GARANTIZAR LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS DE ACUERDO AL CALENDARIO DE VACUNACIÓN SEGÚN NTS N° 141-2018-MINSA, AL 100% DE LA POBLACION SEGÚN ETAPAS DE VIDA.	
2	REALIZAR AL 100% EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE 0 A 11 AÑOS, SEGÚN NTS N° 137-2017-MINSA, CON UN ENFOQUE DIT.	
3	GARANTIZAR LA CONSERVACIÓN Y MANIPULACIÓN DE CADENA DE FRIO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN CUMPLIMIENTO DE LA NTS N° 136-2017-MINSA.	
4	REALIZAR LA SUPLEMENTACION CON HIERRO, SEGUIMIENTO Y VISITA DOMICILIARIA, A LOS NIÑOS MENORES DE 11 AÑOS DE ACUERDO A LA NTS N°134 Y SUS MODIFICACIONES, TENIENDO EN CUENTA EL ESQUEMA DE SUPLEMENTACION PREVENTIVA Y EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA.	
5	REALIZAR LAS SESIONES DEMOSTRATIVAS Y EDUCATIVAS DE NUTRICION CON ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DE ACUERDO A LA GUIA TECNICA DE SESIONES DEMOSTRATIVAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y VIVIENDA.	
6	REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS EN ARTICULACION CON LOS ACTORES SOCIALES (AGENTES COMUNITARIO)	
7	GARANTIZAR LA ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICO Y DE TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO EN TODAS LAS ETAPAS DE VIDA AL 100%	
8	REALIZAR LAS COORDINACIONES CON LA INSTANCIA DE ARTICULACION LOCAL (IAL), PARTICIPACION ACTIVA EN LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS, DE ACUERDO AL PADRON NOMINAL DE NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS Y POBLACION EN GENERAL, TENIENDO PRESENTE LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR.	
9	REALIZAR LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL Y CON COMPLICACIONES	
10	REALIZAR LA ACTUALIZACION DIARIA DEL PADRON NOMINAL DE NIÑOS MENORES DE 06 AÑOS, CON HOMOLOGACION DEL MUNICIPIO.	
11	REALIZAR LA NOTIFICACION INMEDIATA DE LAS ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ESAVIS EN EL ÁMBITO DE SU JURISDICCIÓN.	
12	CAPTACIÓN DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO DE CASOS.	
13	IMPLEMENTAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS CUATRO ESCENARIOS (FAMILIAS, COMUNIDADES, INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y MUNICIPIOS SALUDABLES).	
14	IMPLEMENTAR Y/O FORTALECER LA GESTIÓN DE LA CALIDAD MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA, Y AUDITORIAS DE CALIDAD DE REGISTRO.	
15	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE GESTION, SIS, FED Y OTROS AL 100%	
16	GARANTIZAR EL REGISTRO DE DATOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIS, SIS, SIEN, HECHOS VITALES, SISMED, NOTI, SIP 2000, PADRÓN NOMINADO DE NIÑOS Y NIÑAS, GESTANTES, RECURSOS HUMANOS Y OTROS).	
17	PRODUCCIÓN EN EL REGISTRO OPORTUNO DEL SIS, HIS, FICHAS FAC, SIEN; ACORDE AL CUMPLIMIENTO DE METAS DE INDICADORES ESTABLECIDOS EN LA REGIÓN.	
18	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL BASADA EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS BFC)	
19	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (30%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (40%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
20	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS	



	ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, PARA SU ENVIÓ A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.
21	ORGANIZAR CAMPAÑAS BRINDANDO SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD Y OTRAS COMUNIDADES ALEJADAS Y DISPERSAS SEGÚN SU JURISDICCION.
22	LLENADO CORRECTO DE LA HISTORIA CLINICA Y CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.
23	MANTENER EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE TOPICO, PARA BRINDAR UNA ATENCION DE CALIDAD AL USUARIO; CONSIDERANDO EL BUEN TRATO CON CALIDAD Y CALIDEZ.
24	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 JURISDICCION.

#### COORDINACIONES EXTERNAS

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<b>LICENCIADA(O) EN ENFERMERIA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MAESTRIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO
				DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	TITULADO
				EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO

### CONOCIMIENTOS

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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 Y LLENADO DE FORMATOS HIS, FUAS, FAC, SIEN.
CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

**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:**

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN VACUNAS Y/O CADENA DE FRIO.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA).**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLÉS	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO  
 EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:

- PROFESIONAL    
  AUXILIAR O ASISTENTE    
  ANALISTA/ ESPECIALISTA    
  SUPERVISOR/ COORDINADOR    
  JEFE DE ÁREA O DPTO    
  GERENTE ODIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**: (INCLUYENDO SERUMS).

- SI**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO    
  **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

HABILIDADES O COMPETENCIAS
CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		OBST-03
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	OBSTETRA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	OBSTETRA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
BRINDAR ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE SALUD EN EL ÁMBITO DE SUS COMPETENCIAS A LA MUJER, FAMILIA Y LA COMUNIDAD ENMARCADAS EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS, SIS, FED Y OTROS. DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNA PERINATAL		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	BRINDAR ATENCIÓN GENERAL A LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y MENOPAUSIA; TENIENDO EN CUENTA EL ENFOQUE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD.	
2	ELABORAR LA HISTORIA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN GENERAL A LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, REGISTRAR Y FIRMAR LAS ATENCIONES, EVOLUCIONES, PROCEDIMIENTOS, FICHAS DE CONTROL OBSTÉTRICO Y OTROS DOCUMENTOS ESTABLECIDOS DE ACUERDO A LAS NORMAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN.	
3	BRINDAR ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA, ATENCIÓN DEL PARTO, MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES; ATENCIÓN DEL PUERPERIO, CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; SEGÚN NORMA VIGENTE.	
4	EFECTUAR LA CAPTACION OPORTUNA DE GESTANTES, DENTRO DEL I TRIMESTRE DE GESTACIÓN.	
5	DIAGNOSTICAR, ESTABILIZAR Y REFERIR OPORTUNAMENTE, A LA PACIENTE, ANTE UNA EMERGENCIA OBSTETRICA A UN ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD	
6	CONTRIBUIR EN LA REDUCCION DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES, EN COORDINACION CON ACTORES SOCIALES.	
7	CONTRIBUIR EN LA REDUCCION DE CASOS DE CANCER, A TRAVES DEL TAMIZAJE DE PAPANICOLAOU, IVAA Y EXAMEN DE MAMAS.	
8	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CONVENIO DE GESTION, SIS Y FED AL 100 %	
9	BRINDAR ATENCIÓN DEL PARTO INMINENTE NORMAL.	
10	PLANIFICAR, PROGRAMAR, COORDINAR Y EJECUTAR TODAS LAS ACTIVIDADES DE OBSTETRICIA.	
11	SENSIBILIZAR SOBRE LOS PARTOS INSTITUCIONALES CON ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS.	
12	LOGRAR PAREJAS PROTEGIDAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	
13	BRINDAR LOS PAQUETES COMPLETOS DE ACUERDOS A LAS ETAPAS DE VIDA.	
14	BRINDAR LA CONSEJERIA Y TRATAMIENTO DE LAS ITS, DE ACUERDO AL MANEJO SINDROMICO.	
15	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, PARA SU ENVIÓ A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.	
16	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**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.		B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?	
	INCOMPLETA	COMPLETA			
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO	<b>OBSTETRA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA		
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO		
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

### CONOCIMIENTOS

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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 LOS INDICADORES DE LOS CONVENIOS DE GESTION, FED Y SIS.
CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL.

**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. (VIGENCIA DE LOS ULTIMOS 05 AÑOS)

**INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:**

CERTIFICADOS EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES.
CAPACITACION EN ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA, EN ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE Y PLANIFICACION FAMILIAR.
ACREDITAR DIPLOMADO Y/O CURSO EN SALUD COMUNITARIA.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA).**

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

### EXPERIENCIA

#### EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA <b>MÍNIMA 01 AÑO</b> EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276,728 (INCLUYENDO SERUMS).
---



### EXPERIENCIA ESPECIFICA

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA O DPTO     GERENTE ODIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO     **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

### HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		BIO-04
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	BIOLOGO(A)	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	BIOLOGO(A)	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
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, PRINCIPIOS ÉTICOS Y COMPROMETIDOS CON EL DESARROLLO SUSTENTABLE.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
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 DE LOS SISTEMAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO (SIVICA: DIGITACION DE LOS RESULTADOS DE CAPTACION, RED Y CONEXIÓN DOMICILIARIA) Y REALIZAR EL ANALISIS PARASITOLOGICOS DE LOS SISTEMAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO (SIVICA: SOLO DIGITAR UNA VEZ) EN COORDINACION CON LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALD HUAYTARA	
6	REALIZAR LA LECTURA DE LAS LÁMINAS DE BACILOS COPIA AL 100% DEL SRI.	
7	IMPULSAR EN LA BÚSQUEDA ACTIVA DE SRI, SF Y LEISHMANIASIS.	
8	REALIZAR DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS EN MICROBIOLOGÍA, PARASITOLOGÍA. BIOQUÍMICA, HEMATOLOGÍA Y OTROS.	
9	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SIS-FED 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 DE PARAMETROS DE CAMPO DE ZONA URBANO Y RURAL EN TODO SUS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN FORMA MENSUAL, Y SE REALIZARA TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA MEDIR CINCO PARAMETROS, SE INGRESARAN AL 100% (SIVICA: DIGITAR CADA MES) POR SER UN INDICADOR TRAZADOR Y META FED.	
12	REALIZAR AL 100% INSPECCIONES SANITARIAS EN LOS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTOS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO EN SU JURISDICCIÓN EN FORMA SEMESTRAL, INGRESAR LOS DATOS DE LAS FICHAS PVICA FORMATO 1, 2 Y 3 AL 100% (SIVICA: SOLO UNA VEZ).	
13	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS FÍSICAS, PROYECTADO A FAVOR DE LA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS PPR, CONVENIO FED Y OTROS.	
14	FORMAR PARTE DE ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES.	
15	DESINFECCIÓN Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO POR SER UN INDICADOR TRAZADOR.	
16	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE.	
17	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
18	PARTICIPAR EN EL TRABAJO ARTICULADO CON LAS AUTORIDADES E INSTITUCIONES LOCALES.	
19	USO CORRECTO Y CONSERVACIÓN DE LOS EQUIPOS Y BIENES DEL EE.SS.	
20	ORGANIZAR CAMPAÑAS DE SALUD INTEGRAL EN LOS SECTORES DE SAN JUAN DE OCCORO Y SAN FELIPE DE ACUERDO AL PLAN DE TRABAJO (ACTIVIDADES HA REALIZAR POR EL PERSONAL DEL C.S. HUAYTARA).	
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.
<b>COORDINACIONES EXTERNAS</b>
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?				
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>BIOLOGO(A)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGREDADO	¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?			
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BACHILLER	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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
CONOCIMIENTOS Y CORRECTO LLENADO DE FUAS
CONOCIMIENTOS EN CALIBRACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS
CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE EQUIPO DE MONITOREO DE CAMPO

**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:**

CERTIFICADO DE VIGILANCIA DE CALIDAD DE AGUA DE CONSUMO HUMANO Y/O CERTIFICADOS DE CAPACITACIÓN AFINES.
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS.**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
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 ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:

PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA O DPTO     GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO     **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>QUIM. FARM-05</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	QUIMICO FARMACEUTICO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	QUIMICO FARMACEUTICO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
GARANTIZAR LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO, DISPENSACION Y ATENCION FARMACEUTICA PERMANENTE DE LOS MEDICAMENTOS GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL APLICATIVO SISMED V2.	
2	VERIFICAR SI LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SON LOS ADECUADOS, EVALUAR LA DUPLICIDAD DE TRATAMIENTO, LAS POSOLOGÍAS INDICADAS, VERIFICAR Y NOTIFICAR LAS REACCIONES ADVERSAS EN EL PACIENTE (ATENCIÓN FARMACÉUTICA).	
3	REALIZAR LAS ENCUESTAS DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES CONTINUADORES QUE HAN SIDO EVALUADOS, PARA CONOCER EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, CON ELLO SE DEBE VERIFICAR POSTERIORMENTE EN EL APLICATIVO SISMEDV2 SI HUBO UNA REAL DISMINUCIÓN EN EL CONSUMO DE ESTOS. LUEGO SE PROCEDERÁ A INFORMAR TRIMESTRALMENTE (EVALUACIÓN DE CONSUMO DE MEDICAMENTO).	
4	ELABORACION DE INFORMES OPERACIONALES EN EL RUBRO QUE COMPETE A FARMACIA Y EL INFORME DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, ASÍ COMO DE LAS FICHAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y LOS REPORTES DE FÁRMACO VIGILANCIA.	
5	CONTROLAR Y SUPERVISAR EL PROCESO DE DISPENSACIÓN, DOSIS UNITARIA Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES DE USO CLÍNICO-QUIRÚRGICO, PRESCRITOS POR EL PROFESIONAL AUTORIZADO.	
6	CONTROLAR LA CONSERVACION DE MEDICAMENTO Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ASI COMO SUS FECHAS DE VENCIMIENTO.	
7	SUPERVISAR EL ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES.	
8	CAPACITAR, ENTRENAR Y SUPERVISAR AL PERSONAL A SU CARGO EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DE PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES.	
9	ORIENTAR E INFORMAR AL USUARIO SOBRE EL USO ADECUADO DEL PRODUCTO FARMACEUTICO Y AFINES.	
10	ABSOLVER CONSULTAS DE CARACTER TÉCNICO ASISTENCIAL Y/O ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO DE COMPETENCIA Y EMITIR EL INFORME CORRESPONDIENTE.	
11	ELABORAR PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y OTROS DOCUMENTOS TÉCNICO-NORMATIVOS DE GESTIÓN DEL CENTRO ASISTENCIAL.	
12	CONducir, COORDINAR Y SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD.	
13	REALIZAR LA EVALUACION DE INDICADORES DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	
14	REALIZAR LA EVALUACION DE INDICADORES DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y FARMACOVIGILANCIA	
15	ELABORAR LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTANDARIZADOS DEL SERVICIO DE FARMACIA.	
16	REALIZAR OTRAS FUNCIONES QUE ASIGNE EL JEFE INMEDIATO.	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.

B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.

C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<b>QUIMICO FARMACEUTICO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER		<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>			
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA					
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO					
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			

**CONOCIMIENTOS**

A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):

CONOCIMIENTO DE NORMAS TECNICAS VIGENTES DEL MINSA  
 CONOCIMIENTO MANEJO Y MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTO, BIOLÓGICOS Y OTROS INSUMOS DE ACUERDO A LAS NORMAS.

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:  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN SU PROFESIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
 EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:

PROFESIONAL  
  AUXILIAR O ASISTENTE  
  ANALISTA/ ESPECIALISTA  
  SUPERVISOR/ COORDINADOR  
  JEFE DE AREA O DPTO  
  GERENTE ODIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO PRIVADO:



PERÚ

Ministerio  
de Salud

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

X

**SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

**NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		CD-06
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	CIRUJANO DENTISTA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	CIRUJANO DENTISTA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CUMPLIR CON LAS FUNCIONES DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE SALUD BUCAL POR ETAPAS DE VIDA; PRIORIZANDO LAS ETAPAS MÁS VULNERABLES (NIÑO, GESTANTE Y ADULTO MAYOR), BRINDANDO UNA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA, RECUPERATIVA Y ESPECIALIZADA BÁSICA DE ACUERDO A LA CATEGORÍA DEL EESS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	PLANIFICAR, ORGANIZAR, COORDINAR, EJECUTAR, EVALUAR E INFORMAR LAS ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS DIRIGIDAS A LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO CON LAS GUÍAS, NORMAS Y DIRECTIVAS DE ATENCIÓN ESTABLECIDAS.	
2	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL: PARTICIPACION COMUNITARIA (IAL) Y EDUCACION PARA LA SALUD; OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD.	
3	DESARROLLAR LOS PASOS NECESARIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO EN ODONTOLOGÍA.	
4	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS USUARIOS Y CONOCIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADA EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAIS -BFC).	
5	PROMOVER, PREVENIR Y PROTEGER LA SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN PARA DISMINUIR LA CARGA DE MORBILIDAD BUCAL.	
6	PARTICIPACIÓN ACTIVA EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN DE LOS EESS DE SU JURISDICCIÓN.	
7	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION AL 100%	
8	EXAMINAR E INDICAR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PARA DIAGNOSTICAR Y PRESCRIBIR TRATAMIENTOS.	
9	EXAMINA AL PACIENTE PARA DIAGNOSTICAR LAS LESIONES EXISTENTES EN LA CAVIDAD BUCAL Y DETERMINAR DATOS PARA LA HISTORIA MÉDICA Y REFIERE A PACIENTES A ODONTÓLOGOS ESPECIALIZADOS SEGÚN SEA EL CASO.	
10	REALIZAR EL ANÁLISIS SITUACIONAL Y DETERMINACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN.	
11	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, PARA SU ENVIÓ A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.	
12	ATENCIÓN OPORTUNA EN TODAS LAS ETAPAS DE VIDA.	
13	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
14	REALIZAR ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS, PROYECTADO A FAVOR DE LA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION.	
15	REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES QUE ASIGNE EL JEFE INMEDIATO.	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>CIRUJANO DENTISTA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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 SIS Y LLENADO DE FUAS

**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. **EN CASO EL CURSO DE CAPACITACION SE INDIQUE EN CRÉDITOS, SE TOMARÁ COMO CRITERIO MÍNIMO DE EVALUACIÓN DESDE 01 CRÉDITO.**  
(SOLO SE TOMARÁN EN CUENTA LOS CURSOS DE CAPACITACIÓN LOS ÚLTIMOS 05 AÑOS)

**INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:**

CURSO Y/O CAPACITACION EN LA NORMA TECNICA DE SALUD BUCAL
---

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA).**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS PRIVADOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS DE LOCACION DE SERVICIOS Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).
--

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.

PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA O DPTO     GERENTE ODIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS PRIVADOS (728), CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS DE LOCACION DE SERVICIOS, RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**: (INCLUYENDO SERUMS).

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO     **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		PSIC-07
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	PSICOLOGO(A)	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	PSICOLOGO(A)	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA Y SOCIAL A LOS PACIENTES, MEDIANTE LA EVALUACIÓN E INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES, ENMARCADOS EN CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SIS, CONVENIOS DE GESTION Y FED EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	EFECTUAR EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES AMBULATORIOS DE MANERA INDIVIDUAL O GRUPAL.	
2	DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS, BRIGADAS PSICOLÓGICAS EN EL AMBITO DE LA MICRO RED DE SALUD.	
3	DESARROLLAR PROGRAMAS DE ORIENTACION SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y REALIZAR EL TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN VIOLENCIA, ALCOHOL, DROGAS, PSICOSIS, DEPRESIÓN Y OTROS.	
4	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION AL 100%	
5	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
6	ELABORAR INFORMES DOCUMENTOS RELATIVOS A LA PRESTACION DEL SERVICIO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y OTROS QUE LE SEAN REQUERIDOS, EN COORDINACION CON LAS INSTITUCIONES: (GEM, MINISTERIO PUBLICO Y POLICIA NACIONAL).	
7	EFECTUAR PROCESOS DE EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO AMBULATORIO EN EL AMBITO DE SU MICRO RED.	
8	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL: EDUCACION PARA LA SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA, Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD ASÍ COMO EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	
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 ANALISIS SITUACIONAL Y DETERMINACION DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACIÓN.	
13	REALIZAR COORDINACIONES CON EL MEDICO, PARA LA PRESCRIPCIÓN MEDICA DE TRATAMIENTOS POSITIVOS.	
14	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS, FED, SIS Y CONVENIOS DE GESTION.	
15	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**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.

B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.

C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?

INCOMPLETA

COMPLETA

<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<b>PSICOLOGO(A)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER		<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>			
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA					
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO					
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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

**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. (REQUIERE DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

<input checked="" type="checkbox"/>	PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	AUXILIAR O ASISTENTE	<input type="checkbox"/>	ANALISTA/ ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/>	SUPERVISOR/ COORDINADOR	<input type="checkbox"/>	JEFE DE AREA O DPTO	<input type="checkbox"/>	GERENTE ODIRECTOR
-------------------------------------	-------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**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 ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.)** EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

**NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		TEC ENF-08
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	TECNICO(A) EN ENFERMERIA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	TECNICO(A) EN ENFERMERIA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
BRINDAR PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN LA ASISTENCIA Y CONTROL DE PACIENTES DE ACUERDO A INDICACIONES DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. CONTROL DE FUNCIONES VITALES Y REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES EN LA SALUD.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	REALIZAR CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD EN TODAS LAS ETAPAS DE VIDA; BAJO LA SUPERVISIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD.	
2	REALIZAR EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PACIENTES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD.	
3	OBTENER INFORMACIÓN Y APOYAR EN LAS DIVERSAS ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO.	
4	APOYAR A LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVENCIÓN DE LA SALUD Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD, BAJO LA SUPERVISIÓN DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE SALUD.	
5	PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL.	
6	DEBERA DE REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES EN EL ANEXO DE PAMPAPUQUIO ( <b>SOLO EN EL CASO DE P.S. SAN ANTONIO DE CUSICANCHA</b> )	
7	PARTICIPAR EN LA REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.	
8	EFECTUAR VISITAS DOMICILIARIAS CONJUNTAMENTE CON EL PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD, EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE VIDA.	
9	VERIFICACION DEL MATERIAL E INSUMOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE.	
10	PARTICIPAR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN SITUACIONES DE URGENCIA Y EMERGENCIA.	
11	REALIZAR LA PREPARACION PARA LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL E INSTRUMENTAL EMPLEADO EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS U OTRAS ATENCIONES.	
12	PREPARA APÓSITOS DE GASA, TORUNDAS DE ALGODÓN Y OTROS MATERIALES, ASÍ COMO MANTENER ABASTECIDO LOS DIFERENTES SERVICIOS Y LA LIMPIEZA CORRESPONDIENTE.	
13	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	
14	PARTICIPAR EN EL SEGUIMIENTO DEL CONTROL DE LOS RECIÉN NACIDOS NORMALES.	
15	MANTENER ABASTECIDO, LIMPIO, ORDENADO, VERIFICAR FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS RESPECTIVOS MEDICAMENTOS, EN EL SERVICIO DE TRIAJE Y TÓPICO Y REALIZAR EL CORRECTO LLENADO DE LAS ACTIVIDADES INTRA Y EXTRA MURALES, EN LA HISTORIA CLÍNICA, SIEN, HIS, FUAS, OTROS.	
16	REALIZAR EL REGISTRO DE DATOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD, SEGÚN LA RESPONSABILIDAD ASIGNADA.	
17	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR, ACORDE A LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	
<b>COORDINACIONES PRINCIPALES</b>		
<b>COORDINACIONES INTERNAS</b>		
TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.		
<b>COORDINACIONES EXTERNAS</b>		



PERÚ

Ministerio de Salud

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?				
	INCOMPLETA	COMPLETA				SI	X	NO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	TECNICO(A) EN ENFERMERIA	¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?			
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER		<input type="checkbox"/>	SI	X	NO
X	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input checked="" type="checkbox"/>	X	TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/>	SI	X	NO
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA		<input type="checkbox"/>			
				EGREDASO	TITULADO				
				DOCTORADO					
				EGREDASO	TITULADO				

### CONOCIMIENTOS

A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):

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  
 CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

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:

ACREDITAR CURSOS DE PRIMEROS AUXILIOS.  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLÉS	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

### EXPERIENCIA

#### EXPERIENCIA GENERAL

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.



**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.

PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA DPTO     GERENTE DIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276.

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (**PARTE B**), MARQUE **SI ES O NO NECESARIO** CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.     **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>	<b>ESP ADM-09</b>
--------------------------	-------------------

<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>	
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
<b>DENOMINACIÓN:</b>	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO I
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO I
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA

<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>
MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DEL SALUD Y CALIDAD DE INFORMACIÓN EN LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE SALUD, PRIORIZANDO LAS INTERVENCIONES SANITARIAS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, BRINDAR REPORTES DE LOS INDICADORES DE SALUD PARA UNA ADECUADA Y OPORTUNA TOMA DE DECISIONES EN SALUD.

<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>	
1	ACTUALIZACIÓN Y MONITOREO DENTRO DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES Y LOS APLICATIVOS DE SALUD.
2	REALIZAR Y MANTENER PERIÓDICAMENTE LAS COPIAS DE RESPALDO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN A SU CARGO Y MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS OPERATIVOS VIGENTES.
3	REALIZAR LOS REPORTES PARA EL TRABAJO DEL ASIS.
4	PROCESAMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ADECUADA CONSISTENCIA DE DATOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DEL SECTOR SALUD.
5	REALIZAR PEDIDOS EN EL APLICATIVO SIGA, DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS PRESUPUESTALES.
6	MANTENER LAS BASES DE DATOS DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES EN FORMA ACTUALIZADA EN LOS 10 PRIMEROS DÍAS DEL MES SIGUIENTE.
7	DEBERA DE REALIZAR LAS EVALUACIONES DE LA PRODUCCION DE LOS PROFESIONALES DE SALUD (MENSUAL, TRIMESTRAL, SEMESTRAL Y ANUAL) A TRAVES DEL REPORT - 40
8	MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS Y SISTEMAS OPERATIVOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.
9	SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN TELESALUD Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS.
10	SOPORTE TÉCNICO EN EQUIPOS INFORMÁTICOS HARWARD, SOFTWARE Y CONFIGURACIÓN E INSTALACIÓN DE REDES LAN Y E-QHALI
11	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR.

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

<b>COORDINACIONES INTERNAS</b>
TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

<b>COORDINACIONES EXTERNAS</b>
DIRESA HVCA - MINSA

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>					
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>INGENIERO DE SISTEMAS</b>		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDADO		<input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER	<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>			
<input type="checkbox"/> TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/> MAESTRIA		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGREDASO		<input type="checkbox"/> TITULADO				

DOCTORADO

EGREDADO  TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

A.) **CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO EN SOPORTE TECNICO INFORMATICO  
 CONOCIMIENTO EN MANTENIMIENTO Y REPARACION DE COMPUTADORAS

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:**

DIPLOMADO EN ADMINISTRACION Y GESTION PUBLICA  
 DIPLOMADO Y/O ESPECIALIZACION EN GESTION DE PROYECTOS DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION.  
 CAPACITACIÓN EN SU ESPECIALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

C.) **CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)**

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD			X		INGLES	X			
EXCEL			X		.....				
POWER POINT			X		.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO  
 EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

A.) MARQUE EL **NIVEL MÍNIMO DE PUESTO** QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO:

PROFESIONAL  AUXILIAR O ASISTENTE  ANALISTA/ ESPECIALISTA  SUPERVISOR/ COORDINADOR  JEFE DE AREA O DPTO  GERENTE O DIRECTOR

B.) INDIQUE EL TIEMPO DE **EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO**; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL **SECTOR PÚBLICO O PRIVADO**:

SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276,728.
---

<b>HABILIDADES O COMPETENCIAS</b>
-----------------------------------

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
------------------------------------

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
--

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
--------------------------------------

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
---

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
---

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ
---



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>ASIST TEC SEC-10</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	ASISTENTE TECNICO SECRETARIAL	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	ASISTENTE TECNICO SECRETARIAL	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD - CENTRO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CUMPLIR SUS ACTIVIDADES ENFOCADAS AL ACERVO DOCUMENTARIO Y COORDINACIÓN CON LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA RED DE SALUD EN EL MANEJO DE DIVERSOS DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	FUNCIONES PROPIAS DE LA SECRETARIA COMO LA RECEPCIÓN Y DERIVACIÓN DE LOS DOCUMENTOS CON LOS CARGOS CORRESPONDIENTES Y REGISTROS EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DOCUMENTARIO Y ARCHIVO DE LA MISMA.	
2	RECEPCIONAR Y REGISTRAR LA CORRESPONDENCIA PARA PROCEDER A SU ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN INMEDIATA SEGÚN INDICACIONES DEL JEFE.	
3	CUSTODIA DEL ACERVO DOCUMENTARIO Y ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS, CORRECTAMENTE CLASIFICADOS Y ORDENADOS.	
4	REDACCIÓN DE OFICIOS, CARTAS, MEMORÁNDUM Y OTROS QUE DISPONGA LA DIRECCIÓN.	
5	COORDINAR CON LAS DEMÁS ÁREAS DE LA IPRESS; AREAS DE LA RED DE SALUD Y OTRAS DEPENDENCIAS PÚBLICAS Y PRIVADAS EN LAS REUNIONES QUE SE PLANIFIQUEN.	
6	GARANTIZAR EL ADECUADO PROCESO DE TRÁMITE DOCUMENTADO.	
7	MANTENER UN DIRECTORIO TELEFÓNICO ACTUALIZADO DE LAS INSTITUCIONES Y PERSONAS QUE TRABAJAN.	
8	OTRAS ACTIVIDADES QUE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA ENTIDAD, LE SEAN ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO O SUPERIOR	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

<b>COORDINACIONES INTERNAS</b>
TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.
<b>COORDINACIONES EXTERNAS</b>
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>	
	INCOMPLETA	COMPLETA		SECRETARIADO EJECUTIVO, COMPUTACION E INFORMÁTICA Y/O TÍTULO DE CARRERA TÉCNICA A FINES	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EGRESADO		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> HABILITACIÓN PROFESIONAL? <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> TÉCNICA BÁSICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BACHILLER		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> TÍTULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> HABILITACIÓN PROFESIONAL? <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA		
			<input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> TITULADO	
			<input type="checkbox"/> DOCTORADO		
			<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO	

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE WORD, EXCELL, POWER POINT Y OTROS.  
REDACCIÓN DE DIFERENTES DOCUMENTOS.

**B.) PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS Y SUSTENTADOS CON DOCUMENTOS.**

**NOTA:** CADA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DEBEN TENER NO MENOS DE 120 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 190 HORAS.

**INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:**  
CERTIFICADO Y/O CONSTANCIA DE MANEJO DE HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA.  
CAPACITACIÓN EN SU ESPECIALIDAD EN EL ÚLTIMOS 1 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X		
EXCEL		X		
POWER POINT		X		

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLÉS		X		
.....				
.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

- PROFESIONAL   
  AUXILIAR O ASISTENTE   
  ANALISTA/ ESPECIALISTA   
  SUPERVISOR/ COORDINADOR   
  JEFE DE ÁREA O DPTO   
  GERENTE O DIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO :**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

- SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO   
  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE



PERÚ

Ministerio  
de Salud

SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276,728.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>TEC MAN-11</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	TECNICO DE MANTENIMIENTO	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	TECNICO DE MANTENIMIENTO	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD TECNICA DE LAS UNIDADES MOVILES Y AMBULANCIAS DE LOS CENTROS/PUESTOS DE SALUD. ASMIMISMO REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL 100% DE LA UNIDADES MOVILES DE LA RED DE SALUD HUAYTARA, PARA LA PROGRAMACION DE SUS MANTENIMIENTOS GENERALES PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	COORDINAR CON LOS RESPONSABLES DE LA UNIDADES MOVILES DE CADA ESTABLECIMIENTO, CON LA FINALIDAD DE REALIZAR UN CONTROL DE RECORRIDO DE LAS UNIDADES MOVILES, ASI COMO SUS MANTENIMIENTOS.	
2	RECIBIR POR ESCRITO, SOBRE TODO DESPERFECTO, DAÑO O PÉRDIDA QUE SUFRA DE LAS UNIDADES MOVILES DE NUESTRA JURISDICCION.	
3	REALIZAR EL MANTENIMIENTO, AFINAMIENTO DE LOS DESPERFECTOS HALLADOS DE LAS UNIDADES MOVILES DE NUESTRA JURISICCCION.	
4	ASISTENCIA OBLIGATORIA A TODAS LAS ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN Y CAPACITACIÓN CONVOCADAS POR EL PERSONAL DE SALUD.	
5	DISPONIBILIDAD INMEDIATA ANTE CUALQUIER OCURRENCIA DE EMERGENCIA MASIVA Y DESASTRES.	
6	EVALUACION DE LAS UNIDADES MOVILES PARA LA DETERMINACION DEL ESTADO.	
7	COORDINAR Y MANTENER INFORMADO AL JEFE INMEDIATO SOBRE LAS ACTIVIDADES Y OCURRENCIAS SUSCITADOS DENTRO SU TURNO.	
8	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**COORDINACIONES INTERNAS**

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**COORDINACIONES EXTERNAS**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>					
		INCOMPLETA	COMPLETA						
<input checked="" type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	EGRESADO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BACHILLER	SECUNDARIA COMPLETA Y/O TEC. MECANICA AUTOMOTRIZ	¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?		
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	EGRESADO	<input type="checkbox"/>	TITULADO		
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO	<input type="checkbox"/>			

EGREDASO

 TITULADO

**CONOCIMIENTOS**
**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIEREN DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE PRIMEROS AUXILIOS.
CONOCIMIENTO EN MECÁNICA .
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 20 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 90 HORAS.

<b>INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:</b>
CERTIFICADO DE ESTUDIOS - SECUNDARIA COMPLETA
LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE A-II
RECORD DE CONDUCIR
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN MECÁNICA AUTOMOTRIZ: (INDISPENSABLE)

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD	X				INGLES	X			
EXCEL	X				.....				
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 ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**
**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**
 PROFESIONAL   
  AUXILIAR O ASISTENTE   
  ANALISTA/ ESPECIALISTA   
  SUPERVISOR/ COORDINADOR   
  JEFE DE AREA O DPTO   
  GERENTE ODIRECTOR

**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 ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**
 SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.   
  NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 06 MESES EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276, 728.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



### FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO

PERFIL DEL PUESTO		TEC. FARM-12
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	TECNICO EN FARMACIA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	TECNICO EN FARMACIA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD.	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
GARANTIZAR LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS Y CRÍTICOS		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y AFINES	
2	BRINDAR EDUCACIÓN PARA LA SALUD AL USUARIO O PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD, SOBRE ASPECTOS SANITARIOS ESENCIALES, ASÍ COMO EN RELACIÓN AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS, QUE DEBEN SER INDICADOS POR EL MÉDICO	
3	CONTROLAR Y SUPERVISAR EL PROCESO DE DISPENSACIÓN, DOSIS UNITARIA Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES DE USO CLÍNICO-QUIRÚRGICO, PRESCRITOS POR EL PROFESIONAL AUTORIZADO	
4	CONTROLAR LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTO Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ASÍ COMO SUS FECHAS DE VENCIMIENTO.	
5	SUPERVISAR EL ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES.	
6	CAPACITAR, ENTRENAR Y SUPERVISAR AL PERSONAL A SU CARGO EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DE PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y AFINES.	
7	ORIENTAR E INFORMAR AL USUARIO SOBRE EL USO ADECUADO DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO Y AFINES.	
8	ABSOLVER CONSULTAS DE CARÁCTER TÉCNICO ASISTENCIAL Y/O ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE COMPETENCIA Y EMITIR EL INFORME CORRESPONDIENTE.	
9	ELABORAR PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y OTROS DOCUMENTOS TÉCNICO-NORMATIVOS DE GESTIÓN DEL CENTRO ASISTENCIAL.	
10	DESARROLLAR ACCIONES PROPIAS DE FARMACOTECNIA Y ASPECTOS RELATIVOS AL PROCESAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS Y DROGAS.	
11	ASISTENCIA EN LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD Y PREVENCIÓN	
12	REALIZAR OTRAS FUNCIONES QUE ASIGNE EL JEFE INMEDIATO.	

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### COORDINACIONES INTERNAS

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

#### COORDINACIONES EXTERNAS

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.



**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>		<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>					
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	EGRESADO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	COMPLETA	<input type="checkbox"/>	BACHILLER	TECNICO EN FARMACIA	¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?		
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	MAESTRIA				
				<input type="checkbox"/>	EGRESADO	<input type="checkbox"/>			TITULADO
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO				
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>			TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA  
 CONOCIMIENTO MANEJO Y MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTO, BIOLÓGICOS Y OTROS INSUMOS DE ACUERDO A LAS NORMAS.

**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:**

ACREDITAR CAPACITACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO INSUMOS FARMACÉUTICOS  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.  
 ACREDITAR CAPACITACIÓN EN SU PROFESION EN LOS ULTIMOS 5 ANOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
 EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

PÚBLICO:

PROFESIONAL  AUXILIAR O ASISTENTE  ANALISTA/ ESPECIALISTA  SUPERVISOR/ COORDINADOR  JEFE DE AREA O DPTO  GERENTE ODIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CERTIFICADOS DE TRABAJO, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO  **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728 (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		NUTR-13
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	NUTRICIONISTA	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	NUTRICIONISTA	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
EFECTUAR LA EVALUACION DEL CONTENIDO NUTRICIONAL Y OTRAS ESPECIFICACIONES DE LA ALIMENTACION, A FIN DE CUBRIR LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS PACIENTES; DE IGUAL MANERA LA VIGILANCIA DE LOS DATOS ESTADISTICOS POR TODAS LAS AREAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	EFECTUAR LA VISITA Y EVALUACION NUTRICIONAL AL PACIENTE	
2	ELABORAR LA INDICACION ESPECIFICA DE DIETA AL PACIENTE EN OBSERVACION; EN RELACION A LA PROGRAMACION DE MENU DIARIO.	
3	BRINDAR INDICACIONES DE DIETA AL PACIENTE DADO DE ALTA O PACIENTE AMBULATORIO Y EFECTUAR EL CONTROL PERIODICO DE SU EVOLUCION NUTRICIONAL EN CASO SEA NECESARIO.	
4	PROGRAMAR LA DISTRIBUCION DE DIETAS Y RACIONES A LOS PACIENTES Y PERSONAL AUTORIZADO.	
5	EJECUTAR ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD NUTRICIONAL, CAPACITACION Y ORIENTACION EN EDUCACION ALIMENTARIA Y NUTRICION DIRIGIDAS AL INDIVIDUO, GRUPO O COMUNIDAD.	
6	EN EL AMBITO DE SU JURISDICCION, PRODRÁ PARTICIPAR EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS, BRIGADAS MOVILES, CON LA FINALIDAD DE INFORMAR, EDUCAR Y ATENDER A LA POBLACION EN MATERIA DE SALUD NUTRICIONAL.	
7	REGISTRAR LA HISTORIA CLINICA EN LA ATENCION NUTRICIONAL AL NIÑO, ADOLESCENTE, JOVEN, ADULTO, ADULTO MAYOR, GESTANTE Y OTROS, DE ACUERDO A LAS NORMAS Y GUIAS DE ATENCION. DE IGUAL MODO ESTAS DEBEN ESTAR REGISTRADOS EN EL HIS, FUAS Y SIEN.	
8	CUMPLIR CON LA ATENCION INTEGRAL A GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES O DE RIESGO NUTRICIONAL EN EL AMBITO DE SU ESTABLECIMIENTO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL MAIS BFC CUMPLIENDO CON LAS NORMAS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	
9	CUMPLIR CON LA EVALUACION Y SEGUIMIENTO ESTRICTO DE PERSONAS Y FAMILIAS EN RIESGO NUTRICIONAL (GESTANTES, PUERPERAS, NIÑOS, ADOLESCENTE, ADULTO, ADULTOS MAYORES Y OTROS) DE ACUERDO A LA SECTORIZACION ESTABLECIDA Y NECESIDAD DE PACIENTES DEL AMBITO DE SU JURISDICCION, REPORTAR LA ACTIVIDAD COMO CORRESPONDA.	
10	REALIZAR LA INSPECCION DE ALMACENES DE ALIMENTOS, SERVICIOS DE ALIMENTACION DE PROGRAMAS SOCIALES SEGÚN NORMAS Y GUIAS ESTABLECIDAS.	
11	REALIZAR GESTION CON LOS GOBIERNOS LOCALES EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL TDI	
12	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS DE PRIMER NIVEL, PROYECTADO A FAVOR DE LA POBLACION EN EL MARCO DEL PRESUPUESTO POR RESULTADOS PPR, CONVENIO FED, SIS Y GESTION.	
13	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACION MENSUAL, TRIMESTRAL Y ANUAL DE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES, PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES, EN ALIMENTACION Y NUTRICION; TALES COMO LA SUPLEMENTACION DE MICRONUTRIENTES POR ETAPAS DE VIDA, CONSEJERIAS NUTRICIONALES, SESIONES DEMOSTRATIVAS, VIGILANCIA COMUNITARIA DEL ESTADO NUTRICIONAL, DEFICIENCIAS DEL CONSUMO DE YODO EN SAL, ASISTENCIA ALIMENTARIA DE LOS PROGRAMAS SOCIALES, E INSPECCION DE LOCALES DE PREPARACION DE ALIMENTOS; PARA SU ENVIO A LOS NIVELES QUE CORRESPONDE.	
14	GARANTIZAR EL INGRESO DE LOS DATOS DEL SIEN POR ETAPAS DE VIDA, DE FORMA DIARIA, SEMANAL Y MENSUAL, ASI CON SU ENVIO A SU INMEDIATO SUPERIOR PARA SU EVALUACION.	
15	CUMPLIR OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO.	

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

<b>COORDINACIONES INTERNAS</b>
TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.
<b>COORDINACIONES EXTERNAS</b>
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?				
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>LICENCIADO EN NUTRICION</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGREDADO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BACHILLER	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> TITULO /LICENCIATURA	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MAESTRIA	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> TITULADO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> TITULADO	<input type="checkbox"/>				

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

**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.

<b>INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:</b>
CAPACITACION EN TEMAS A FINES A LA PROFESION

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACION SUSTENTATORIA)**

OFIMATICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLES	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO  
EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECIFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO.**

PROFESIONAL     AUXILIAR O ASISTENTE     ANALISTA/ ESPECIALISTA     SUPERVISOR/ COORDINADOR     JEFE DE AREA DPTO     GERENTE DIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO:**

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276 (INCLUYENDO SERUMS).

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

**SÍ**, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO     **NO**, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA **MÍNIMA 01 AÑO** EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276. (INCLUYENDO SERUMS).

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ

**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>TEC REA-14</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	TECNICO(A) EN REABILITACION	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	TECNICO(A) EN REABILITACION	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
BRINDAR PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN LA ASISTENCIA Y CONTROL DE PACIENTES DE ACUERDO A INDICACIONES DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS, ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. CONTROL DE FUNCIONES VITALES Y REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES EN LA SALUD.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	PARTICIPAR EN LOS PROCESOS QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.	
2	REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	
3	PREPARAR Y ORDENAR CON LA DEBIDA ANTICIPACIÓN LOS AMBIENTES Y EQUIPOS BIOMÉDICOS A EMPLEARSE DURANTE LAS TERAPIAS	
4	MANTENIMIENTO, LIMPIEZA Y ORDEN DE LOS EQUIPOS Y MOBILIARIO DEL AMBIENTE DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD.	
5	PARTICIPAR EN LA PREVENCIÓN, CONTROL Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES	
6	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**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>			<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>					
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>TÉCNICO EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN</b>	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGREDADO	<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>				
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	BACHILLER	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO			

**CONOCIMIENTOS**



PERÚ

Ministerio de Salud

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

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
CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

**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:**

ACREDITAR CURSOS DE PRIMEROS AUXILIOS.

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD	X			
EXCEL	X			
POWER POINT	X			

IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
INGLÉS	X			
.....				
.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.**

PROFESIONAL   
 AUXILIAR O ASISTENTE   
 ANALISTA/ ESPECIALISTA   
 SUPERVISOR/ COORDINADOR   
 JEFE DE AREA DPTO   
 GERENTE DIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

SÍ, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.   
 NO, EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O



PERÚ

Ministerio  
de Salud

FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.
--

<b>HABILIDADES O COMPETENCIAS</b>
-----------------------------------

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA
------------------------------------

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL
--

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN
--------------------------------------

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA
---

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO
---

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ
---



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>PAD - 15</b>
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	OPERADOR PAD	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	OPERADOR PAD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
<p>CONTAR CON UN PERSONAL TÉCNICO EN COMPUTACIÓN EN LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA DEL CENTRO DE SALUD, QUIEN HARÁ LAS FUNCIONES DE SOPORTE TÉCNICO DEL MANEJO DEL APLICATIVO DE REGISTRO DE FORMATOS DEL HIS MINSA A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES.</p> <p>ORGANIZAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL HIS, HECHOS VITALES, PADRÓN NOMINAL, E-QHALI Y LOS QUE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA DESIGNE.</p>		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	MANEJO INFORMÁTICO DEL HIS MINSA., E-QHALI	
2	SOPORTE TÉCNICO EN EQUIPOS INFORMÁTICOS HARWARD, SOFTWARE Y CONFIGURACIÓN E INSTALACIÓN DE REDES LAN	
3	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN QUINCENAL, MENSUAL Y TRIMESTRALMENTE Y ANUAL DEL INGRESO DE LAS ACTIVIDADES DEL HIS.	
4	REALIZAR EL REPORTE Y CONSOLIDACIÓN DEL PADRÓN NOMINAL POR ETAPAS DE VIDA.	
5	GENERAR MENSUALMENTE LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN EL MARCO DE HIS, HIS EPORT, HVITAL, SEM, NOTIS, SISFAC, PADRON NOMINAL DE NIÑOS, SIEN Y OTROS.	
6	EMITIR LOS REPORTES MENSUALES, TRIMESTRALES, SEMESTRALES Y ANUALES DE HIS, HIS EPORT, HVITAL, SEM, NOTIS, SISFAC, PADRON NOMINAL DE NIÑOS, SIEN Y OTROS.	
7	ADMINISTRACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y MONITOREO DEL PADRON NOMINAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.	
8	MONITOREO DE AVANCES DE INDICADORES FED MEDIANTE EL INFORME OPERATIVO MENSUAL INFORMÁTICO.	
9	PROCESAMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ADECUADA CONSISTENCIA DE DATOS.	
10	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**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) FORMACIÓN ACADÉMICA.</b>			<b>B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.</b>		<b>C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?</b>		
	INCOMPLETA	COMPLETA		<b>TÉCNICO EN COMPUTACION – ADMINISTRACION, ECONOMIA Y/O A FINES</b>	SI	X NO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EGRESADO		
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	X		BACHILLER	<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>	
X	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	X		TITULO /LICENCIATURA	SI	X NO
X	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	X	MAESTRIA			

<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO
<input type="checkbox"/> DOCTORADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> EGREDASO	<input type="checkbox"/> TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
MANEJO DEL APLICATIVO HIS MINSA.
CONOCIMIENTO EN FORMATEO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
CONOCIMIENTO EN INSTALACIÓN DE DIFERENTES SOFTWARE
CONOCIMIENTO EN INSTALACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE REDES
CONOCIMIENTOS EN ENSAMBLAJE Y MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS
CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

**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:**

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLÉS	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.  
EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.**

<input type="checkbox"/> PROFESIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> AUXILIAR O ASISTENTE	<input type="checkbox"/> ANALISTA/ ESPECIALISTA	<input type="checkbox"/> SUPERVISOR/ COORDINADOR	<input type="checkbox"/> JEFE DE AREA DPTO	<input type="checkbox"/> GERENTE DIRECTOR
--------------------------------------	--	---	--	--	---

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

**SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

**NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



**FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO**

PERFIL DEL PUESTO		PAD - 16
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
<b>DENOMINACIÓN:</b>	OPERADOR PAD	
<b>NOMBRE DEL PUESTO:</b>	OPERADOR PAD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:</b>	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
<b>DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<b>MISIÓN DEL PUESTO</b>		
CONTAR CON UN PERSONAL TÉCNICO EN COMPUTACIÓN, QUIEN HARÁ LAS FUNCIONES DE SOPORTE TÉCNICO DEL PARA EL LA ESTRATEGIA DE CALIDAD. ORGANIZAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN; CRUCE DE INFORMACION SIS Y HIS.		
<b>FUNCIONES DEL PUESTO</b>		
1	DEBERA DE REALIZAR LAS EVALUACIONES DE LA PRODUCCION DE LOS PROFESIONALES DE SALUD (MENSUAL, TRIMESTRAL, SEMESTRAL Y ANUAL) A TRAVES DEL REPORT - 40	
2	SOPORTE TÉCNICO EN EQUIPOS INFORMATICOS HARWARD, SOFTWARE Y CONFIGURACIÓN E INSTALACIÓN DE REDES LAN	
3	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN QUINCENAL, MENSUAL Y TRIMESTRALMENTE Y ANUAL DEL INGRESO DE LAS ACTIVIDADES DEL HIS, SIS, E-QHALI	
4	MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS Y SISTEMAS OPERATIVOS DE LA ESTRATEGIA	
5	GENERAR MENSUALMENTE LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN EL MARCO DE HIS, HIS EPORT, HVITAL, SEM, NOTIS, SISFAC, PADRON NOMINAL DE NIÑOS, SIEN Y OTROS.	
6	EMITIR LOS REPORTES MENSUALES, TRIMESTRALES, SEMESTRALES Y ANUALES DE HIS, HIS EPORT, HVITAL, SEM, NOTIS, SISFAC, PADRON NOMINAL DE NIÑOS, SIEN Y OTROS.	
7	PROCESAMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ADECUADA CONSISTENCIA DE DATOS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DEL SECTOR SALUD.	
8	MONITOREO DE AVANCES DE INDICADORES FED MEDIANTE EL INFORME OPERATIVO MENSUAL INFORMÁTICO.	
9	PROCESAMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ADECUADA CONSISTENCIA DE DATOS.	
10	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**

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.		C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?				
	INCOMPLETA	COMPLETA				SI	X	NO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGRESADO	TÉCNICO EN COMPUTACION – ADMINISTRACION, ECONOMIA Y/O A FINES	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	TECNICA BASICA (1 O 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	BACHILLER		¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?			
<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICA SUPERIOR (3 O 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA		<input type="checkbox"/>	SI	X	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MAESTRIA		<input type="checkbox"/>			
				EGREDASO					
				DOCTORADO					
					TITULADO				

EGREDASO

 TITULADO

**CONOCIMIENTOS**

**A.) CONOCIMIENTOS TÉCNICOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA EL PUESTO (NO REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA):**

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
MANEJO DEL APLICATIVO HIS MINSA.
CONOCIMIENTO EN FORMATEO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
CONOCIMIENTO EN INSTALACIÓN DE DIFERENTES SOFTWARE
CONOCIMIENTO EN INSTALACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE REDES
CONOCIMIENTOS EN ENSAMBLAJE Y MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS
CONOCIMIENTOS EN INFORMÁTICA.

**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:**

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

**C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA)**

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
WORD		X			INGLÉS	X			
EXCEL		X			.....				
POWER POINT		X			.....				

**EXPERIENCIA**

**EXPERIENCIA GENERAL**

INDIQUE LA CANTIDAD TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276, 728.

**EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

**A.) MARQUE EL NIVEL MÍNIMO DE PUESTO QUE SE REQUIERE COMO EXPERIENCIA; EN EL SECTOR PÚBLICO.**

PROFESIONAL
  AUXILIAR O ASISTENTE
  ANALISTA/ ESPECIALISTA
  SUPERVISOR/ COORDINADOR
  JEFE DE ÁREA DPTO
  GERENTE DIRECTOR

**B.) INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO; EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATOS 728 Y RESOLUCIONES 276.

**C.) EN BASE A LA EXPERIENCIA REQUERIDA PARA EL PUESTO (PARTE B), MARQUE SI ES O NO NECESARIO CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**SÍ,** EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO.

**NO,** EL PUESTO NO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

\* EN CASO SE REQUIERA EXPERIENCIA, INDIQUE EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO Y/O FUNCIONES EQUIVALENTES.

EXPERIENCIA MÍNIMA 01 AÑO EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS, CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), CONTRATO 728 Y RESOLUCIONES 276.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



## **EVALUACION CURRICULAR (60 PTOS)**

<b>CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES DE LA SALUD CON FUNCIÓN ASISTENCIAL</b>	<b>PUNTAJE MAXIMO</b>
<b>EVALUACION CURRICULAR</b>	<b>60</b>
<b>1. INFORMACIÓN:</b>	<b>25</b>
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	20
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACION	2
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ESPECIALIZACIÓN	1
CERTIFICADO DE MAESTRÍA CON TÍTULO	3
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE MAESTRÍA	1.5
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
RESOLUCIÓN DE TÉRMINOS DE SERUMS / 1 AÑO EXPERIENCIA.	5
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (3 PUNTOS POR AÑO)	15
<b>3. CAPACITACIÓN</b>	<b>12</b>
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (2 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 90 HORAS EN CAPACITACIÓN).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 24 HORAS EN CAPACITACIÓN Y/O DE DOS DÍAS A MÁS).	6
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/FELICITACIONES (1 PUNTO C/U MÁX. 3)	3

<b>CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES CON FUNCIÓN ADMINISTRATIVA</b>	<b>PUNTAJE MAXIMO</b>
<b>EVALUACION CURRICULAR</b>	<b>60</b>
<b>1. INFORMACIÓN:</b>	<b>25</b>
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	20
CERTIFICADO DE MAESTRÍA CON TÍTULO	3
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE MAESTRÍA	1.5
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACION	2
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ESPECIALIZACIÓN	1
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (4 PUNTOS POR AÑO)	20
<b>3. CAPACITACIÓN</b>	<b>12</b>
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (2 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 60 HORAS EN CAPACITACIÓN).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 08 HORAS EN CAPACITACIÓN Y/O DE DOS DÍAS A MÁS).	6
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/FELICITACIONES (1 PUNTO C/U MÁX. 3)	3



PERÚ

Ministerio  
de Salud

<b>CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA TÉCNICO/ASISTENTE CON FUNCIÓN ADMINISTRATIVA - ASISTENCIAL</b>	<b>PUNTAJE MAXIMO</b>
<b>EVALUACION CURRICULAR</b>	<b>60</b>
<b>1. INFORMACIÓN:</b>	<b>25</b>
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	25
BACHILLER A NOMBRE DE LA NACIÓN	23
TÍTULO TÉCNICO DE INSTITUTO SUPERIOR	21
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (4 PUNTOS POR AÑO)	20
<b>3. CAPACITACIÓN</b>	<b>12</b>
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (2 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 60 HORAS EN CAPACITACIÓN).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 08 HORAS EN CAPACITACIÓN Y/O DE DOS DÍAS A MÁS).	6
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/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	
<b>II. ASPECTO PERSONAL Y PUNTUALIDAD - SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EMOCIONAL</b> 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.	<b>10 MÁX.</b>	
<b>V. CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL</b> 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.	<b>15 MÁX.</b>	
<b>VI. CAPACIDAD DE PERSUACION Y TOMA DE DECISIONES</b> 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.	<b>5 MÁX.</b>	
<b>IV. CONOCIMIENTO DE CULTURA GENERAL</b> MIDE LA MAGNITUD DE LOS CONOCIMIENTOS DEL POSTULANTE RELACIONADOS CON EL CARGO, LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD CULTURA GENERAL.	<b>10 MÁX.</b>	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>40</b>	

**ANEXO N° 01  
CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/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:

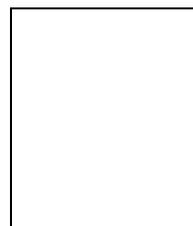
APELLIDO PATERNO			
APELLIDO MATERNO			
NOMBRES			
DOMICILIO LEGAL			
ANEXO:	DISTRITO:	PROV.:	DEP.:
FECHA DE NACIMIENTO			
N° DE DNI			
N° DE RUC			
TELÉFONO FIJO			
TELÉFONO MÓVIL			
CORREO ELECTRÓNICO			

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL



**ANEXO N° 02**  
**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES EN LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

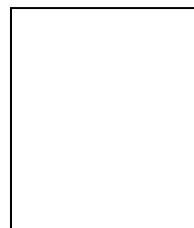
- QUE CUMPLIRÉ CON LAS PRESTACIONES A MI CARGO RELACIONADAS AL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN.
- **NO MANTENGO CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS VIGENTE CON LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA;** TAMPOCO HE RENUNCIADO EN LOS ULTIMOS 30 DIAS CALENDARIO A FECHA DE PRESENTACION DE DOCUMENTOS DE LA PRESENTE CONVOCATORIA, A UN PUESTO Y/O CENTRO DE SALUD EN LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ. **(PERSONAL ASISTENCIAL).**

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL



**ANEXO N° 03  
CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-  
CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

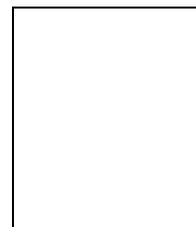
- QUE NO ME ENCUENTRO INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA CONTRATAR CON EL ESTADO.
- QUE NO ME ENCUENTRO IMPEDIDO PARA SER POSTULANTE.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## ANEXO N° 04

### LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIÓN DE DOBLE PERCEPCIÓN

SEÑORES:

#### COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN

PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

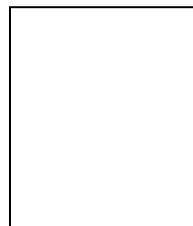
- ☞ QUE NO ME ENCUENTRO INMERSO DENTRO DE LA INCOMPATIBILIDAD DE INGRESOS ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO N° 7 DEL DECRETO DE URGENCIA N° 020-2006 "NORMAS DE AUSTERIDAD Y RACIONALIDAD EN EL GASTO PÚBLICO", EL CUAL PRECISA QUE EN EL SECTOR PÚBLICO NO SE PODRÁ PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN Y PENSIÓN, INCLUIDOS HONORARIOS POR SERVICIOS NO PERSONALES.
- ☞ LAS 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 SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL

**ANEXO N° 05  
LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO**

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-  
CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/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 SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_

  
HUELLA DIGITAL

**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 SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_

  
HUELLA DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**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 N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

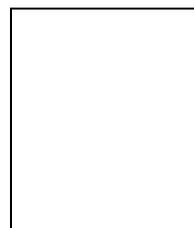
- GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**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 N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-  
CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO

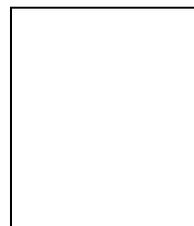
- **NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**, YA SEA POR OBLIGACIONES ALIMENTARIAS ESTABLECIDAS EN SENTENCIAS O EJECUTORIAS O ACUERDO CONCILIATORIO CON CALIDAD DE COSA JUZGADA, ASÍ COMO TAMPOCO MANTENER ADEUDOS POR PENSIONES ALIMENTARIAS DEVENGADAS SOBRE ALIMENTOS, QUE AMERITEN LA INSCRIPCIÓN EN EL REDAM.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL

**ANEXO N° 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 N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-  
CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON  
DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 007-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

**BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS  
(MARQUE CON UN "X" LA RESPUESTA)**

<b>PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
USTED ES UNA PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS Y CUENTA CON LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD  
(MARQUE CON UN "X" LA RESPUESTA)**

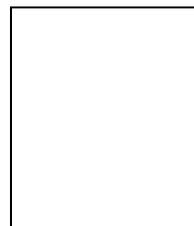
<b>PERSONA CON DISCAPACIDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
USTED ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY N° 29973, LEY GENERAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y CUENTA CON LA ACREDITACIÓN CORRESPONDIENTE?		

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES VERDADERA, SOMETIÉNDOME AL PROCESO DE FISCALIZACIÓN POSTERIOR.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**ANEXO N° 09**  
**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

N° DE CONVOCATORIA: \_\_\_\_\_

**V. DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO : \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO : \_\_\_\_\_

NOMBRES : \_\_\_\_\_

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

DIRECCIÓN : \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO : \_\_\_\_\_

CELULAR : \_\_\_\_\_ TELEF. FIJO: \_\_\_\_\_

COLEGIO PROFESIONAL (SI APLICA) : \_\_\_\_\_

REGISTRO : \_\_\_\_\_ LUGAR DEL REGISTRO: \_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD**

EL POSTULANTE ES DISCAPACITADO:

SI

NO

N° DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDICAR EL NÚMERO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.



PERÚ

Ministerio de Salud

**VI. 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)

**VII. 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					
07					
08					

**NOTA:** SE PODRÁ AÑADIR OTRO CUADRO SI ES NECESARIO.



PERÚ

Ministerio de Salud

**VIII. EXPERIENCIA LABORAL**

DETALLAR EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES CUADROS, LA EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL EN ORDEN CRONOLÓGICO.

N°	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO			FECHA DE CULMINACIÓN			TIEMPO EN EL CARGO		EXPERIENCIA EN LA ENTIDAD			
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	AÑO	MES	PUBLICA	PRIVADA	ONG	OTRO
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													

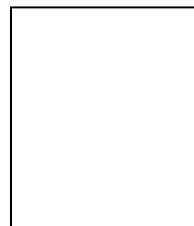
**NOTA:** SE PODRÁ AÑADIR OTRO CUADRO SI ES NECESARIO.

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.

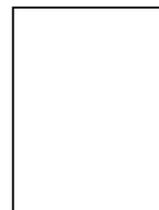
HUAYTARÁ, \_\_\_ DE SETIEMBRE DE 2019

\_\_\_\_\_ FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL



**ANEXO N° 10  
FICHA DE DATOS DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
DNI	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	UBIGEO DNI	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
LUGAR DE NACIMIENTO						

DIRECCIÓN DOMICILIARIA ACTUAL	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
DOMICILIO			

TELEFONO DOMICILIARIO	TELEFONOS MOVIL	E-MAIL

	CCI: _____	<input type="checkbox"/> Banco de la Nación (Preferentemente)
	CTA: - -	<input type="checkbox"/> Otro _____
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 FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIAS	TELEFONO

<input type="checkbox"/> Vehículo Menor <input type="checkbox"/> Vehículo Mayor	N° _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> _____	
Tipo de Licencia de Conducir	Licencia de Conducir	Clase-Categoría	Talla de Chaqueta / Casaca	Talla de Buzo	Talla de Calzado	

SISTEMA DE PENSIONES	
<input type="checkbox"/> Deseo Afiliarme	<input type="checkbox"/> Me encuentro afiliado
<input type="checkbox"/> O.N.P.	Sistema Nacional de Pensiones <a href="http://www.onp.gob.pe">www.onp.gob.pe</a>
<input type="checkbox"/> AFP Integra <input type="checkbox"/> AFP Profuturo	<input type="checkbox"/> AFP Horizonte <input type="checkbox"/> AFP Prima Sistema Privado de Pensiones <a href="http://www.sbs.com.pe">www.sbs.com.pe</a>

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 setiembre de 2019

Firma y Posfirma del Declarante	Indice Derecho Huella Digital

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



PERÚ

Ministerio de Salud

DATOS DE LA PLAZA:

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

DE LA CONDICION CONTRACTUAL (\*)

(*) MODALIDAD CONTRACTUAL	TIPO	DOCUMENTO CONTRACTUAL		FECHA CONTRACTUAL		REMUNERACION MENSUAL
		Nº	FECHA	INICIO	TERMINO	
<input type="checkbox"/> D.L. 276 - MINSA <input type="checkbox"/> D.L. 1057 - C.A.S.	<input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Contrato	Nº _____-201__ / GOB.REG.HVCA/GSRH/G.	___/___/201__	___/___/201__	___/___/201__	S/_____.00
<input type="checkbox"/> Serums Nacional <input type="checkbox"/> Serums Regional	<input type="checkbox"/> Proveido	Nº _____ 201__ --	___/___/201__	___/___/201__	___/___/201__	MODALIDAD: <input type="checkbox"/> Remunerado <input type="checkbox"/> Equivalente
Otro: <input type="checkbox"/>						

DE LA MODALIDAD PRESUPUESTAL

PRESUPUESTO	
<input type="checkbox"/>	9001 ExPAAG - Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
<input type="checkbox"/>	9001 Funcionamiento Red de Salud
<input type="checkbox"/>	9002 AISPED Huaytará – Llillinta
<input type="checkbox"/>	9001 Hospital Provincial Huaytará
<input type="checkbox"/>	9002 Seguro Integral de Salud –AUS
<input type="checkbox"/>	

PRESUPUESTO PPR	
<input type="checkbox"/>	0001 Programa Articulado Nutricional.
<input type="checkbox"/>	0002 Salud Materno Neonatal.
<input type="checkbox"/>	0016 TBC-VIH/SIDA.
<input type="checkbox"/>	0017 Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis.
<input type="checkbox"/>	0018 Enfermedades No Transmisibles.
<input type="checkbox"/>	0024 Prevención y Control de Cáncer.
<input type="checkbox"/>	0068 Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres

PRESUPUESTO MINSA - Decreto Legislativo 276	
<input type="checkbox"/>	Nombrado.
<input type="checkbox"/>	Contrato a Plazo Fijo.
<input type="checkbox"/>	Serums Nacional.
<input type="checkbox"/>	Serums Regional.

OTROS PRESUPUESTO	
<input type="checkbox"/>	PIR – Hvca.
<input type="checkbox"/>	SISMED – Hvca.
<input type="checkbox"/>	Municipalidad.

DEL TIPO INGRESO:

	MEDIANTE:	DOCUMENTO:	DE FECHA:	CONCEPTO
<input type="checkbox"/>	CONVOCATORIA	_____-201__ / GOB.REG.HVCA/GSRH		
<input type="checkbox"/>	PROPUESTA DIRECTA	_____-201__ / UORSH Nº _____-		
<input type="checkbox"/>	OTRO:			

Huaytará, \_\_\_ de setiembre de 2019