GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA

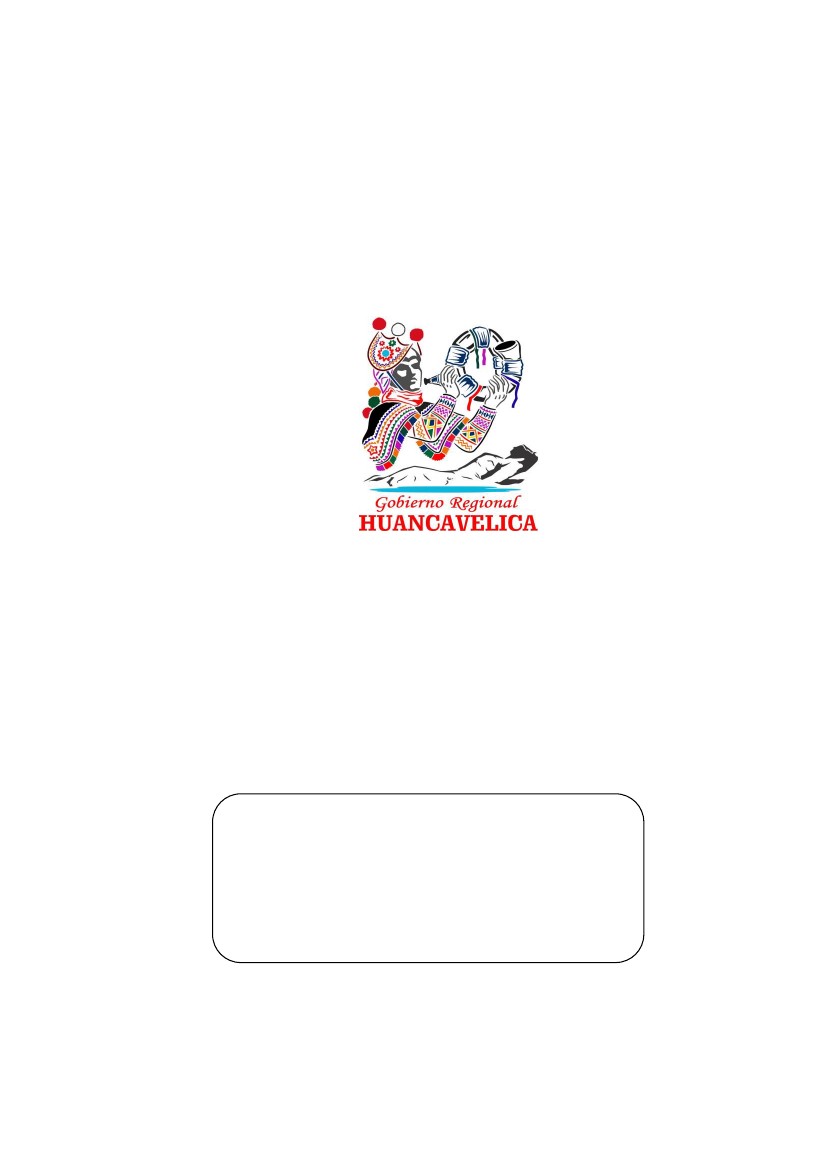
DIRECCION DE SALUD HUANCAVELICA

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA

**UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA**

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS DE

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



**CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 002-2018/GOB.REG.HVCA/GSRH**

CALLE: MUNICIPALIDAD S/N – HUAYTARA-HUANCAVELICA

HUAYTARÁ, JUNIO DE 2018

**GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ**

**UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ**

**CAS N° 002 - 2018/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP**

**CAPITULO I**

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

Nombre : Gerencia Sub Regional Huaytará.

RUC N° : 20494643473.

1. **DOMICILIO LEGAL**

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

1. **OBJETO DE LA CONVOCATORIA.**

Personal de Salud para la Atención de Servicios de Salud, para cubrir las plazas previstas en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP), aprobada mediante Ordenanza Regional N° 383-2017/GOB.REG.HVCA/CR. Por el periodo de 03 meses y 15 días.

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

El órgano encargado es el Comité de Proceso de Convocatoria de Contratación Administrativa de Servicios - CAS para el Año Fiscal 2018 de la Unidad Operativa Red de Salud - Huaytará, Aprobado mediante Resolución Gerencial Sub Regional N° 074-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H/G.

1. **COSTO TOTAL DEL SERVICIO**

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

1. **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

**Rubro :**  Recursos Ordinarios

**CRITERIO DE CALIFICACION DEL PERSONAL**

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

1. **BASE LEGAL.**

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

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

**CAPITULO II**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONVOCATORIA** | | |
| 1 | Publicación en el Ministerio de Trabajo - HVCA. | A partir del 30 Mayo de 2018. |
| 2 | Publicación de Convocatoria en el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica | A partir del 06 de Junio de 2018. |
| 3 | Presentación curricular por mesa de partes de la Gerencia Sub Regional Huaytará  Calle Municipalidad S/N - Huaytará | 13 de Junio de 2018.  Hora: de 08:00 am a 5:30 pm. |
| **SELECCIÓN** | | |
| 4 | Evaluación Curricular | 14 de Junio de 2018.  A partir de las 8:30 a.m. |
| 5 | Publicación de resultados de la Evaluación Curricular | 14 de Junio de 2018. A partir de las 5:30 pm. |
| 6 | Presentación de Recursos de Reconsideración | 15 de Junio de 2018 de 08:00 am. a 09:00 am |
| 6 | Absolución de Recursos de Reconsideración | 15 de Junio de 2018 de 09:00 am. a 10:00 am |
| 7 | Publicación del cuadro de Méritos Final de Evaluación curricular | 15 de Junio de 2018 de 10:30 am |
| 8 | Entrevista Personal  Gerencia Sub Regional Huaytará  Calle: Municipalidad S/N - Huaytará | 15 de Junio de 2018  Hora: 11:00 a.m. |
| 9 | Publicación de Cuadro de méritos final | 15 de Junio de 2018  Hora: 4:30 p.m. |
| 10 | Adjudicación de Plazas  Gerencia Sub Regional Huaytará  Calle: Municipalidad S/N - Huaytará | 15 de Junio de 2018  4:45 p.m. |
| **INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO** | | |
| 10 | Inicio de labores de Personal Asistencial | 16 de Junio del 2018 |

**NOTA:** Los participantes que No cumplan con los requisitos mínimos solicitados de acuerdo al Perfil del Puesto, no podrán continuar participando en el presente proceso y serán descalificados, cada etapa del proceso es eliminatoria.

**2.2. DOCUMENTACION A PRESENTAR:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **CONDICIONES** | **DETALLE** |
| Lugar de prestación del servicio | GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA |
| Duración del contrato | **PERSONAL ASISTENCIAL** |
| - Inicio: 16 de Junio de 2018  - Término: 30 de Setiembre de 2018 |
| Otras condiciones esenciales del contrato | - No tener impedimentos para contratar con el Estado.  - No encontrarse registrado en el Cuaderno de Deudores Alimentistas.  - No tener sanción por falta administrativa vigente.  - **No mantener vínculo laboral o haber renunciado en los últimos 12 meses a un puesto y/o cargo en la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará.** |

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

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

# Señores:

GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ

**Comité de Evaluación 2018.**

**PROCESO CAS N° 002-2018/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP**

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

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

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

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

**2.2.1. Contenido del sobre:**

Los documentos deberán presentarse en copias legibles debidamente foliados y fedateados por el fedatario de la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará, con excepción del título profesional y/o técnico, bachiller y DNI que deben ser legalizados por la Institución de Origen o ante Notario Público, documento que no debe tener más de tres (03) meses de antigüedad a la fecha de la presentación (13/06/2018).

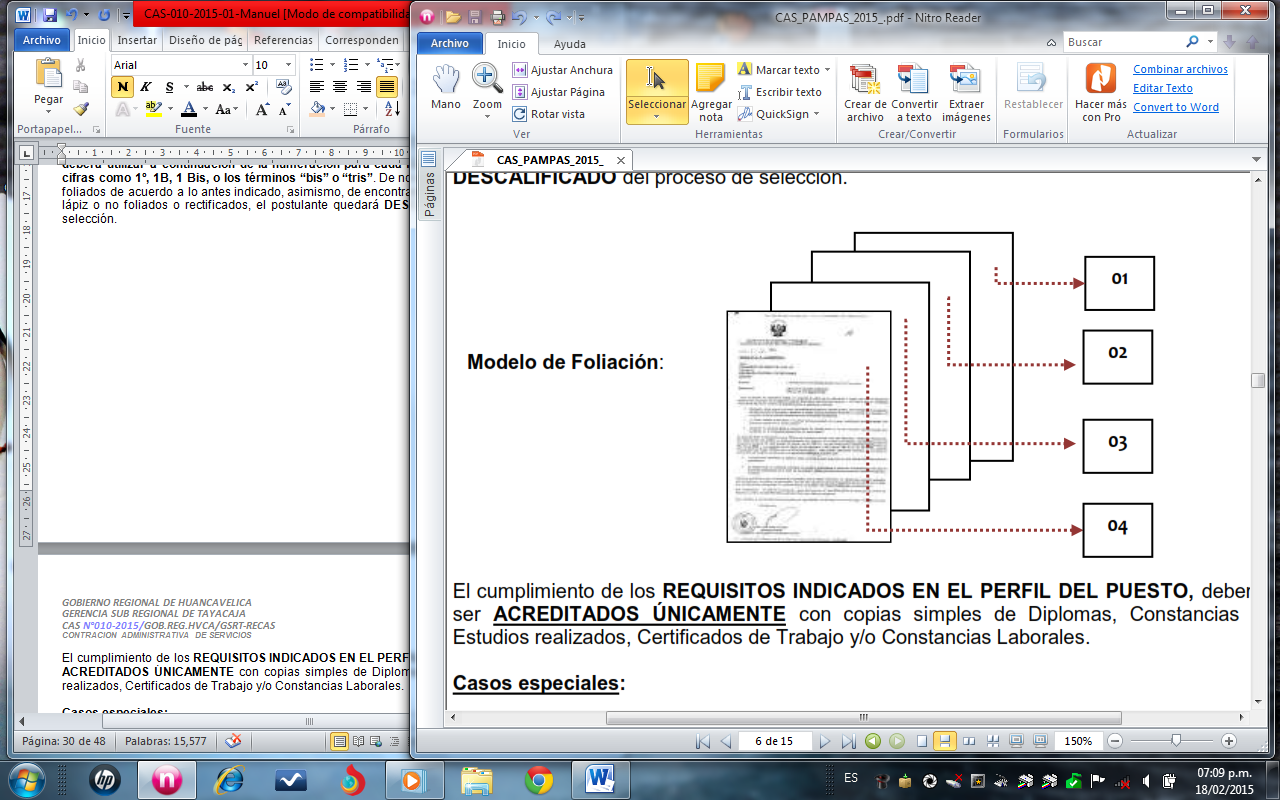
**SOBRE CURRICULAR**

**Documentación de presentación OBLIGATORIA:**

1. Solicitud dirigida al Comité de Evaluación, comunicando el deseo de participar en la presente Convocatoria, especificando el código y descripción de la plaza a la que postula.
2. Copia del Documento de Identidad Nacional legalizado por notario, no debiendo tener más de tres (03) meses a la fecha de la presentación (13/05/2018).
3. Copia del Título Profesional/Bachiller y/o Título Técnico legalizado por notario público o la Institución de Origen, no debiendo tener más de tres (03) meses a la fecha de la presentación (13/05/2018).
4. Resolución de término de SERUMS obligatorio (profesionales de Salud).
5. Constancia de Habilidad Profesional vigente en original de los profesionales de la salud (indispensable).
6. Declaración Jurada de los Datos del Postulante. **(Anexo N° 1)**
7. Declaración Jurada en la que el postulante declare que cumplirá con las prestaciones a su cargo relacionadas al objeto de la contratación, y no mantener vínculo laboral o haber renunciado en los últimos 12 meses a un puesto y/o cargo en la unidad operativa red de salud huaytará.. **(Anexo N°02)**
8. Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa ni judicialmente para contratar con el Estado. **(Anexo N°03)**
9. Ley nº 26771 - Declaración Jurada sobre Prohibición de Doble Percepción. **(Anexo N°04)**
10. Declaración Jurada en la que el postulante declare no tener parentesco con los miembros del Comité de Evaluación del Contrato Administrativo de Servicios N° 002-2018/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP, y/o funcionarios de la institución de acuerdo a Normas. **(Anexo N°05)**
11. Declaración Jurada de contar con Buena Salud Fisco Mental. **(Anexo N° 06)**
12. Carta de Declaración Jurada de No estar Registrado en el REDAM. **(Anexo N° 07)**
13. Declaración Jurada de Persona Licenciada de las Fuerzas Armadas y/o Persona Con Discapacidad. **(Anexo 08)**
14. Currículum Vitae debidamente sustentado y documentado. **(Anexo N°09)**
15. Ficha de Datos del Trabajador (Postulante). **(Anexo N°10)**

**NOTA:**

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

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

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

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

**2.3. EVALUACIÓN**

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

* La Evaluación Curricular
* Entrevista Personal.

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

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

**2.3.1. Evaluación del Sobre Curricular**

* Formación Profesional y Capacitación
* Experiencia Laboral
* Méritos y/o Funciones Asignados

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

**PRIMERA ETAPA:**

**EVALUACIÓN DEL POSTULANTE**

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

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

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

**DEBERA TOMARSE EN CUENTA LO SIGUIENTE**

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

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

1. Que no cumpla con los requisitos.
2. Para efectos de las acreditaciones de capacitación y experiencia laboral, se tomará en cuenta diplomas, certificados, Contratos CAS y Resoluciones.

**2da. Etapa Entrevista Personal**:

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

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

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

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

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

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

**2.5. DE LA SUSCRIPCION DEL CONTRATO**

La adjudicación de las plazas se realizará de acuerdo al cronograma, siendo que el INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO se realizará para el personal Asistencial a partir del 16 de Junio de 2018.

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

**CAPITULO III**

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

**PROCESO CAS N° 002-2018/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° PLAZA** | **CODIGO DE PLAZA** | **DESCRIPCION** | **AREA LABORAL** | **CANT** | **MENSUAL S/.** | **FTE FTO.** | **SEC. FUN.** | **PROGRAMAS** | **PLAZO DEL CONTRATO** |
| 01 | MED - 01 | MÉDICO CIRUJANO | AISPED | 1 | 5,000.00 | RO | 011 | 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 16/06/2018 AL 30/09/2018 |
| 02 | ENF - 02 | LIC. ENFERMERÍA | P.S. SAN JUAN DE OCCORO | 1 | 2,500.00 | RO | 008 | 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 16/06/2018 AL 30/09/2018 |
| 03 | PSIC – 03 | PSICOLOGA/O | C.S. PILPICHACA | 1 | 2,200.00 | RO | 082 | 0131. CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL | 16/06/2018 AL 30/09/2018 |
| 04 | PIL AMB – 04 | PILOTO DE AMBULANCIA | C.S.PILPICHACA | 1 | 1,200.00 | RO | 026 | 0002 SALUD MATERNO NEONATAL | 16/06/2018 AL 30/09/2018 |
| 05 | QUIM FARM – 05 | QUÍMICO FARMACÉUTICO | C.S. HUAYTARÁ | 1 | 2,200.00 | RO | 002 | 9001 ACCIONES CENTRALES | 16/06/2018 AL 30/09/2018 |
| 06 | BIOL-06 | BIOLOGO/A | C.S. HUAYTARÁ | 1 | 2,200.00 | RO | 030 | 0016 TBC/VIH-SIDA | 16/06/2018 AL 30/09/2018 |

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

De la suscripción del contrato de **Personal Asistencial** será del 16 de Junio al 30 de Setiembre del 2018.

* **FORMA DE PAGO**

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

* **ETAPAS DE LA SELECCIÓN**

Evaluación curricular y entrevista personal

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL DEL PUESTO** | | | **MED-01** |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO** | | | |
| **Unidad Orgánica:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Denominación:** | | Médico Cirujano | |
| **Nombre del puesto:** | | Médico Cirujano | |
| **Dependencia jerárquica lineal:** | | Unidad Operativa Red de Salud Huaytará – AISPED | |
| **Dependencia jerárquica funcional:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Puestos que supervisa:** | | --- | |
| **MISIÓN DEL PUESTO** | | | |
| Contar con un profesional Médico Cirujano para contribuir en la disminución de la desnutrición crónica infantil, Disminuir la morbi-mortalidad neonatal e infantil. Organizar el trabajo comunitario en los cuatro escenarios saludables. Garantizar el desarrollo de actividades de prevención y control de las enfermedades de importancia en salud pública. | | | |
| **FUNCIONES DEL PUESTO** | | | |
| 1 | Las intervención del equipo AISPED, son 100% itinerantes en la zona a intervenir. | | |
| 2 | Participar en campañas de medicina preventiva y educación para la salud, basado en el enfoque familiar y comunidad priorizando el Programa Articulado Nutricional y Materno Neonatal | | |
| 3 | Manejo y seguimiento de enfermedades prevalentes de la infancia, en el marco del AIEPI clínico y comunitario | | |
| 4 | Implementar el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en su zona de intervención. | | |
| 5 | Integrar la consulta curativa y preventiva en el 100% de las atenciones, logrando el cumplimiento de los indicadores    y metas sanitarias, proyectado a favor de la población  excluida y dispersa en el marco del presupuesto por resultados (PpR) | | |
| 6 | Garantizar la atención integral de niño sano, tomando en cuenta las normas vigentes | | |
| 7 | Realizar intervenciones quirúrgicas menores y todas aquellas con carácter resolutivo, en situaciones de emergencia. | | |
| 8 | Captar, diagnosticar y realizar el tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles y no transmisibles | | |
| 9 | Garantizar la vigilancia epidemiológica, el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población excluida y dispersa de la zona de Intervención, | | |
| 10 | Realizar la organización y el monitoreo de las actividades programadas en la intervención de cada mes y seguimiento en la vigilancia de salud comunal | | |
| 11 | Supervisar la aplicación adecuada del tratamiento médico establecido para el paciente de acuerdo a normas y guías de atenciones aprobadas y vigentes. | | |
| 12 | Garantizar la  vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano | | |
| 13 | Realizar por lo menos tres reuniones con autoridades , instituciones locales y con la población, fomentándose el interés por el cuidado de la salud y el acercamiento a los servicios para la ejecución complementaria de actividades preventivas promocionales y de recuperación | | |
| 14 | Realizar visitas domiciliarias efectivas priorizando el Programa Articulado Nutricional y Salud Materno neonatal, priorizando en el Marco del SISFAC | | |
| 15 | Garantizar las referencias oportunas en el 100% de casos encontrados a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva y contra referencia. | | |
| 16 | Implementar y/o fortalecer la gestión de la calidad mediante la implementación de proyectos de mejora y auditoria de calidad de registros | | |
| 17 | Implementar acciones de promoción de la salud en los cuatro escenarios (Familias, comunidades, Instituciones Educativas y Municipios Saludables) | | |
| 18 | Desplazamiento de los equipos AISPED a zonas de ocurrencias de emergencias y desastres o brotes epidemiológicos a nivel de la Región, convocado por la DIRESA | | |
| 19 | Garantizar al 100% la afiliación de la población al AUS en las comunidades intervenidas y garantizar el registro del 100% de las prestaciones realizadas en los FUAS. | | |
| 20 | Realizar supervisión y monitoreo de casos probables de ESAVIS, durante las jornadas de vacunación programadas. | | |
| 21 | Manejo adecuado de bioseguridad | | |
| 22 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de Acreditación de EESS de Intervención | | |
| 23 | Usos correcto y conservación de los  Equipos y bienes  del Equipo AISPED | | |
| 24 | Garantizar el registro de datos de las prestaciones realizadas en los sistemas de información de salud (Historias clínicas, FUAs, HIS, SIS, SIEN. Hechos vitales, SISMED, NOTI, SIP 2000 y padrón nominado de niños y niñas, gestantes), en coordinación con personal de salud del EE.SS. de su zona a intervenir | | |
| 25 | Realizar actividades: trabajo de campo (90%) y actividades administrativas (10%). | | |
| 26 | Consolidar, analizar y evaluar el informe mensual, trimestral y anual de las actividades realizadas, a la Micro red – Red de Salud pertinente y enviar en físico y en medio digital a la Coordinación AISPED ‐ DIRESA ‐ Huancavelica.. | | |
| 27 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, con conocimiento de la coordinación de la Red de Salud | | |
| **COORDINACIONES PRINCIPALES** | | | |
| **Coordinaciones Internas** | | | |
| Todos los Servicios de Establecimiento de Salud bajo la Jurisdicción. | | | |
| **Coordinaciones Externas** | | | |
| Todas las unidades orgánicas. | | | |

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

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

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTOS** |
| **A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto *(No requieren documentación sustentatorios).*** |
| Conocimiento de Normas Técnicas Vigentes del AISPED |
| Conocimiento en la Atención Integral por etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto joven y adulto mayor) |
| Conocimiento en AIEPI comunitario y/o clínico |
| **B) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.** |
| Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas |
| **Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:** |
| Acreditar en AIEPI comunitario y/o clínico. |
| Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. |
| **C) Conocimientos de ofimática e idiomas** |

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL DEL PUESTO** | | | **ENF - 02** |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO** | | | |
| **Unidad Orgánica:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Denominación:** | | Licenciado en Enfermería | |
| **Nombre del puesto:** | | Licenciado en Enfermería | |
| **Dependencia jerárquica lineal:** | | Unidad Operativa Red de Salud Huaytará – Puesto de Salud de san Juan de Occoro | |
| **Dependencia jerárquica funcional:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Puestos que supervisa:** | | --- | |
| **MISIÓN DEL PUESTO** | | | |
| Contar con un profesional de Licenciado de Enfermería para brindar Atención Integral en salud basado en familia y comunidad así mismo la atención al paciente de acuerdo al diagnóstico y tratamiento médico, según el grado de dependencia. | | | |
| **FUNCIONES DEL PUESTO** | | | |
| 1 | Garantizar la administración de vacunas de acuerdo al calendario de vacunación vigente, con énfasis en los niños y niñas menores de cinco años. | | |
| 2 | Analizar la situación de los niños y niñas con información actualizada y plasmar acciones locales que favorezcan las condiciones o entornos para la adopción de prácticas saludables para el cuidado del niño | | |
| 3 | Garantizar la conservación y manipulación de los biológicos para la inmunidad de los niños vacunados. | | |
| 4 | Garantizar el control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a las normas vigentes, con énfasis en los niños menores de 5 años. | | |
| 5 | Captar y detectar oportunamente los riesgos de desnutrición y desarrollo para luego ser recuperados. | | |
| 6 | Garantizar que los niños reciban suplementación de multimicro nutrientes y vitamina A. | | |
| 7 | Garantizar la administración Profiláctico y de tratamiento antiparasitario. | | |
| 8 | Garantizar el tratamiento y seguimientos de los niños con Anemia. | | |
| 9 | Garantizar la atención integral en las etapas de vida según las normas vigentes. | | |
| 10 | Realizar la atención del recién nacido normal. | | |
| 11 | Reducir la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres. | | |
| 12 | Realizar visitas domiciliarias efectivas por cada programa estratégico. | | |
| 13 | Garantizar la vigilancia epidemiológica en el ámbito de su jurisdicción. | | |
| 14 | Detección, Diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis, así como el seguimiento de casos. | | |
| 15 | Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (Familias, Comunidades, Instituciones Educativas y Municipios Saludables). | | |
| 16 | Implementar y/o fortalecer la gestión de la calidad mediante la implementación de proyectos de mejora, y auditorias de calidad de registro. | | |
| 17 | Garantizar el cumplimiento de indicadores del SIS al 100% | | |
| 18 | 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). | | |
| 19 | Producción SIS – HIS, acorde al cumplimiento de metas de indicadores establecidos en la Región. | | |
| 20 | Manejo Adecuado de bioseguridad. | | |
| 21 | Garantizar la Implementación de la atención integral basada en familia y comunidad. | | |
| 22 | Participar en las actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad. | | |
| 23 | Efectuar los registros relacionados a la atención de los pacientes y otros que competen al servicio de enfermería. | | |
| 24 | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población. | | |
| 25 | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR) y convenios. | | |
| 26 | Realizar actividades intramurales (40%), actividades extramurales (30%), Visitas Domiciliarias (20%) y actividades administrativas (10%). | | |
| 27 | 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. | | |
| 28 | Garantizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales. | | |
| 29 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales. | | |
| **COORDINACIONES PRINCIPALES** | | | |
| **Coordinaciones Internas** | | | |
| Todos los Servicios de Establecimiento de Salud bajo la Jurisdicción. | | | |
| **Coordinaciones Externas** | | | |
| Todas las unidades orgánicas. | | | |

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

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

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTOS** |
| **A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto *(No requieren documentación sustentatorios).*** |
| Conocimiento de Normas Técnicas Vigentes del MINSA |
| Conocimiento en la Atención Integral por etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto joven y adulto mayor) |
| Conocimiento en atención primaria de la salud con enfoque intercultural |
| Conocimiento en AIEPI comunitario y/o clínico |
| **B) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.** |
| Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas |
| **Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:** |
| Acreditar capacitación en emergencias. |
| Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. |
| **C) Conocimientos de ofimática e idiomas** |

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTOS** |
| **A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto *(No requieren documentación sustentatorios).*** |
| Conocimiento de primeros auxilios. |
| Conocimiento en mecánica automotriz. |
| Conocimiento en normas de tránsito y transporte de pacientes. |
| **B) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.** |
| Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas |
| **Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:** |
| Certificado de Estudios – Secundaria Completa |
| Licencia de Conducir Vigente A-II |
| Record de conducir |
| Acreditar capacitación en primeros auxilios |
| Acreditar capacitación en mecánica automotriz |
| Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. |
| **C) Conocimientos de ofimática e idiomas** |

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERFIL DEL PUESTO** | | | **QUIM FARM -05** |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO** | | | |
| **Unidad Orgánica:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Denominación:** | | Químico Farmacéutico | |
| **Nombre del puesto:** | | Químico Farmacéutico | |
| **Dependencia jerárquica lineal:** | | Unidad Operativa Red de Salud Huaytará – Centro de Salud Huaytará | |
| **Dependencia jerárquica funcional:** | | Gerencia Sub Regional Huaytará | |
| **Puestos que supervisa:** | | --- | |
| **MISIÓN DEL PUESTO** | | | |
| Garantizar las buenas prácticas de almacenamiento de los medicamentos  Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos y críticos | | | |
| **FUNCIONES DEL PUESTO** | | | |
| 1 | Verificar si los productos, recursos e insumos son los indicados, evaluar la duplicidad de tratamiento, las posologías indicadas, verificar algún tipo de insuficiencia orgánica en el paciente (Atención Farmacéutica). | | |
| 2 | Realizar el seguimiento a los pacientes a fin de detectar reacciones adversas o interacciones entre los medicamentos. Llenar las fichas establecidas y brindar el consolidado trimestral (Fármaco vigilancia). | | |
| 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 conservación de medicamento y material médico quirúrgico así 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 farmacéutico y afines. | | |
| 10 | Absolver consultas de carácter técnico asistencial y/o administrativo en el ámbito de competencia y emitir el informe correspondiente. | | |
| 11 | 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. | | |
| 12 | Conducir, coordinar y supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad. | | |
| 13 | Realizar otras funciones que asigne el Jefe Inmediato. | | |
| **COORDINACIONES PRINCIPALES** | | | |
| **Coordinaciones Internas** | | | |
| Todos los Servicios de Establecimiento de Salud bajo la Jurisdicción. | | | |
| **Coordinaciones Externas** | | | |
| Todas las unidades orgánicas. | | | |

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

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

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTOS** |
| **A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto *(No requieren documentación sustentatorios).*** |
| Conocimiento de Normas Técnicas Vigentes del MINSA |
| Conocimiento 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 farmaceúticos |
| Diplomado en Salud Publica y otros |
| Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. |
| **C) Conocimientos de ofimática e idiomas** |

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **HABILIDADES O COMPETENCIAS** | | | |
| Compromiso y Responsabilidad en cumplimiento de metas y objetivos | | | |
| Ética y Valores: Solidaridad y Honradez | | | |
| Liderazgo, Proactividad con capacidad para trabajar en equipo | | | |
| Predisposición para trabajar en campo | | | |
| Comunicación efectiva y adecuadas relaciones interpersonales, que promuevan un buen clima laboral | | | |
| Adaptación a costumbres e idiosincrasia de comunidades rurales y/o grupos étnicos | | | |
| **PERFIL DEL PUESTO** | | | | **BIOL-06** | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO** | | | | | |
| **Unidad Orgánica:** | | | Gerencia Sub Regional Huaytará | | |
| **Denominación:** | | | Biólogo | | |
| **Nombre del puesto:** | | | Biólogo | | |
| **Dependencia jerárquica lineal:** | | | Unidad Operativa Red de Salud Huaytará - Centro de Salud de Huaytará | | |
| **Dependencia jerárquica funcional:** | | | Gerencia Sub Regional Huaytará | | |
| **Puestos que supervisa:** | | | --- | | |
| **MISIÓN DEL PUESTO** | | | | | |
| Contar con Profesional de Biología para el cumplimiento de resultados de calidad que apoyen el Diagnóstico Clínico y que respondan a las demandas del entorno, con la finalidad de contribuir a la prevención de enfermedades o el control de las mismas, con un alto sentido de responsabilidad, vocación de servicio, apego a principios éticos y comprometidos con el desarrollo sustentable. | | | | | |
| **FUNCIONES DEL PUESTO** | | | | | |
| 1 | | Garantizar batería completo de las gestantes, puérperas y RN. | | | |
| 2 | | Garantizar el tamizaje de VIH, RPR y Dosaje de hemoglobina a la población. | | | |
| 3 | | Garantizar el descarte de parasitosis en el grupo etáreo focalizado. | | | |
| 4 | | Garantizar el paquete de análisis completo de adulto y adulto mayor. | | | |
| 5 | | Realizar el análisis bacteriológico y parasitológico de los sistemas de agua para consumo humano. | | | |
| 6 | | Realizar la lectura de las láminas de bacilos copia al 100% del SRI. | | | |
| 7 | | Impulsar en la búsqueda activa de SRI, SF y Leishmaniosis. | | | |
| 8 | | Realizar diagnósticos oportunos en microbiología, parasitología. Bioquímica, hematología y otros. | | | |
| 9 | | Garantizar el cumplimiento de indicadores del SIS al 100% | | | |
| 10 | | Extracción de las muestras de sangre según protocolo establecido para cada prueba y preparación de las muestras. | | | |
| 11 | | Realizar al 100% monitoreo urbano y rural en todo sus sistemas de abastecimiento de agua en forma mensual, por ser un indicador trazador | | | |
| 12 | | Realizar al 100% inspecciones sanitarias en los Sistemas de Abastecimientos de agua para consumo Humano en su jurisdicción en forma semestral. | | | |
| 13 | | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas físicas, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados PPR, y otros. | | | |
| 14 | | Formar parte de actividades preventivo promocionales. | | | |
| 15 | | Realizar al 100% los análisis bacteriológicos y parasitológicos de los Sistemas de Abastecimientos de Agua para el Consumo Humano en coordinación con la UORSH. | | | |
| 16 | | Desinfección y/o tratamiento del agua para Consumo Humano por ser un indicador trazador. | | | |
| 17 | | Cumplir con las normas de bioseguridad, de acuerdo a normatividad vigente. | | | |
| 18 | | Realizar actividades intramurales (40%), actividades extramurales (30%), Visitas Domiciliarias (20%) y actividades administrativas (10%) | | | |
| 19 | | Participar en el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales. | | | |
| 20 | | Uso correcto y conservación de los equipos y bienes del EE.SS. | | | |
| 21 | | Realizar otras funciones que le designe el jefe inmediato superior. | | | |
| **COORDINACIONES PRINCIPALES** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Coordinaciones Internas** | | | | | |
| Todos los Servicios de Establecimiento de Salud bajo la Jurisdicción. | | | | | |
|  | | | | | |
| **Coordinaciones Externas** | | | | | |
| Todas las unidades orgánicas. | | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

**ETAPAS DE EVALUACION**

**EVALUACION CURRICULAR (60 PTOS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES DE LA SALUD CON FUNCIÓN ASISTENCIAL - AISPED** | **PUNTAJE MAXIMO** |
| **EVALUACION CURRICULAR** | **60** |
| **1. Información:** | **25** |
| Título profesional a nombre de la Nación | **20** |
| Certificado de Especialización | **2** |
| Constancia de termino de Especialización | **1** |
| Certificado de Maestría con Titulo | **3** |
| Constancia de termino de Maestría | **1.5** |
| **2. Experiencia Laboral** | **20** |
| Resolución de Términos de SERUMS-SECIGRA / 1 año experiencia. | **5** |
| Experiencia laboral en el Sector Público al cargo que postula, máximo hasta 5 años  (3 puntos por año) | **15** |
| Experiencia laboral en el Sector Privado al cargo que postula, máximo hasta 5 años  (1.5 puntos por año) | **7.5** |
| **3. Capacitación** | **12** |
| Diplomado en Salud de acuerdo al perfil. (2 puntos por cada diploma igual o mayor a 120 horas en capacitación de los últimos 5 años a la fecha de la Evaluación Curricular). | **6** |
| Cursos de Capacitación en Salud de acuerdo al perfil (1 punto por cada Curso igual o mayor a 20 horas en capacitación y/o de dos días a más de los últimos 5 años a la fecha de la Evaluación Curricular). | **6** |
|  |
| 4. **Reconocimientos**: | **3** |
| Resoluciones, cartas, constancias y otros documentos de reconocimiento (1 punto c/u máx. 3) | **3** |

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

**ENTREVISTA PERSONAL (40 PTOS)**

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

#### FORMULARIO DE EVALUACION PARA LA ENTREVISTA PERSONAL

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

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

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

FECHA: ………/………/……….

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

**ANEXO Nº 01**

**PUNTAJE TOTAL 40 40**

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

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

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

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

Huaytará,\_\_\_\_ de Junio de 2018

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

Post. Firma

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

ANEXO N° 02

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

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

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

Huaytará,\_\_\_\_ de Junio de 2018

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

Post. Firma

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

ANEXO Nº 03

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

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

Huaytará,\_\_\_\_ de Junio de 2018

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

Post. Firma

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

ANEXO Nº 04

**LEY Nº 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION**

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios, declaro bajo juramento:

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

Huaytará,\_\_\_\_ de Junio de 2018

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

Post. Firma

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

ANEXO Nº 05

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

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios, 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 Junio de 2018

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

Post. Firma

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

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

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

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

Huaytará,\_\_\_\_ de Junio de 2018

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

Post. Firma

DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ANEXO N° 06**

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR BUENA SALUD FISICA Y MENTAL

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 002–2018/GOB.REG.HVCA/GSRA/CEE-CAS de profesionales de la salud y administrativos, técnicos asistenciales y administrativos, auxiliares administrativos, declaro bajo juramento:

* Gozar de buena Salud Física y Mental.

Huaytará,\_\_\_\_ de Junio de 2018

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

Post. Firma

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

**ANEXO N° 07**

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR REGISTRADO EN EL REDAM

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante al concurso abierto de plazas Nº 002–2018/GOB.REG.HVCA/GSRA/CEE-CAS de profesionales de la salud y administrativos, técnicos asistenciales y administrativos, auxiliares administrativos, 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 Junio de 2018  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Post. Firma  DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ANEXO Nº 08

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

Señores:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS Nº 002-2018/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se presenta como postulante de la Contratación Administrativa de Servicios Nº 001-2018/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, declaro bajo juramento:

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

**(Marque con un “x” la respuesta)**

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

**BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD**

**(Marque con un “x” la respuesta)**

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

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

Huaytará,\_\_\_\_ de Junio de 2018

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

Post. Firma

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

**ANEXO Nº 09**

**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

**Nº DE CONVOCATORIA:**

1. **DATOS PERSONALES**

**Apellido Paterno Apellido Materno Nombres**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_

**Lugar** **día /mes/año**

**ESTADO CIVIL:**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

**RUC:**

**DIRECCIÓN:**

**Avenida/Calle**

**DISTRITO:**

**PROVINCIA:**

**DEPARTAMENTO:**

**TELÉFONO FIJO:**  **CELULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**COLEGIO PROFESIONAL:** (SI APLICA)

**REGISTRO N° :**

**LUGAR DEL REGISTRO:**

**PERSONA CON DISCAPACIDAD**

El postulante es discapacitado:

SI NO N° REGISTRO:

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

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

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

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

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

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

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

1. **EXPERIENCIA LABORAL**

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

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

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

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

Huaytará,\_\_ de Junio del 2018

|  |
| --- |
|  |

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

**Firma Huella**

**Digital**

**ANEXO N° 10**

**FICHA DE DATOS DEL TRABAJADOR**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Huaytará, \_\_\_\_ de Junio del 2018

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

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

**DATOS DE LA PLAZA:**

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

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

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

**DE LA MODALIDAD PRESUPUESTAL**

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

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

**DEL TIPO INGRESO:**

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

Huaytará, \_\_\_\_ de Junio del 2018