



PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA

**GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA  
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARA**

# **BASES**

**CONCURSO PUBLICO.**

***CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION  
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS***

***CAS N° 009-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP***

CALLE: MUNICIPALIDAD S/N. HUAYTARÁ-HUANCVELICA.

**2019**



## CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

CAS N° 009-2019/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), 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 02 meses (Noviembre - Diciembre).

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

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 17 de Octubre de 2019.
2	Publicación de Convocatoria en el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica	A partir del 17 de Octubre de 2019.
3	Presentación curricular por mesa de partes de la Gerencia Sub Regional Huaytará Calle Municipalidad S/N – Huaytará	30 de octubre de 2019. Hora: de 08:00 a.m. a 01:00 p.m.
<b>SELECCIÓN</b>		
4	Evaluación Curricular	30 de Octubre de 2019.
5	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular	30 de Octubre de 2019. A partir de las 3.00 p.m.
6	Presentación de Recursos de Reconsideración	30 de octubre de 2019. De 3.00 pm a 3.30 pm
7	Absolución de Recursos de Reconsideración	30 de octubre de 2019 De 4.00 pm a 4.30 pm
8	Publicación del cuadro de Méritos Final de Evaluación curricular	30 de octubre de 2019 A partir de las 4.40 pm
9	Entrevista Personal Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	30 de octubre de 2019  Hora: 4.50:00 p.m.
10	Publicación de Cuadro de Méritos Final	30 de octubre de 2019 Hora: 5:30 p.m.
11	Adjudicación de Plazas: Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N – Huaytará	30 de octubre de 2019  5:30 p.m.
<b>INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO</b>		
12	Suscripción del Contrato	30 de octubre de 2019
13	Inicio de labores del Personal: Asistencial	31 de Octubre 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 : 31 de Octubre 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° 009-2019/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 y fedateados por el fedatario de la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará, con excepción del título profesional, y el DNI, estos deben ser legalizados por la Institución de Origen o ante Notario Público; estos documentos no deben tener más de tres (03) meses de antigüedad a la fecha de la presentación (30/10/2019).



### **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 (30/10/2019).*
- c) *Copia del Título Profesional 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 (30/10/2019).*
- 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° 009-2019/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)*
- p) *Al momento de la adjudicación deberán de presentar el original del título profesional.*

### **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 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.

### **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.

### **EVALUACIÓN DEL POSTULANTE:**

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

#### **1RA. ETAPA : EVALUACIÓN CURRICULAR Y DE COMPETENCIA**

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

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

1. Se considerará admitido a todo postulante que **acredite cumplir con el perfil** solicitado y podrán pasar a la etapa de entrevista personal.
2. **Será descalificado aquel postulante:**
  - **Que omita con presentar alguno de los documentos que debe contener el sobre curricular.**
  - **Que presente documentos dudoso**
  - **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) y Resoluciones 276, 728 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 30 de octubre del presente, y el INICIO DE LABORES para el Personal Administrativo y Profesionales de la Salud (Asistenciales), a partir del 31 de octubre de 2019 al 31 de diciembre de 2019.

El ganador deberá tomar posesión del cargo desde el día de inicio de labores (31 de Octubre 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.

**NOTA: PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL EL POSTULANTE GANADOR QUE RENUNCIE A SU PLAZA, LA CUAL ESTARÁ REGISTRADA EN LA BASE DE DATOS, QUEDARÁ IMPEDIDO DE VOLVER A POSTULAR EN ESTA INSTITUCIÓN EN CONVOCATORIAS POSTERIORES EN EL PRESENTE AÑO FISCAL.**

### **CAPITULO III PLAZAS VACANTES PARA PROCESO DE CONVOCATORIA - 2019**

<b>PROFESIONALES DE LA SALUD (ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS), TÉCNICO EN SALUD (ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS) Y PERSONAL DE MANTENIMIENTO PARA LA RED DE SALUD DE HUAYTARÁ</b>									
<b>PROCESO CAS N° 009-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP</b>									
N° PLAZA	COD. DE PLAZA	NOMBRE DEL CARGO AL QUE POSTULA	AREA LABORAL	CANT.	MENSUAL S/.	FTE. FTO.	SEC. FUN.	PROGRAMA	PLAZO DEL CONTRATO
01	LIC.ENF-01	LICENCIADA(O)EN ENFERMERIA	C.S. PILPICHACA	01	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	31/10/19 AL 31/12/19
02	OBST-02	OBSTETRA	P.S. AYAVI	01	S/ 2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	31/10/19 AL 31/12/19
03	BIO-03	BIOLOGO/A	C.S. PILPICHACA	01	S/ 2,300.00	RO	0031	0016 TBC/VIH-SIDA	31/10/19 AL 31/12/19
04	NUTR-04	NUTRICIONISTA	C.S. PILPICHACA	01	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	31/10/19 AL 31/12/19
05	ESP ADM - 05	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO I	RED DE SALUD HUAYTARA	01	S/2,300.00	RO	0092	9001 - ACCIONES CENTRALES	31/10/19 AL 31/12/19

✓ **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.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

- ✓ **VIGENCIA DEL CONTRATO**  
*La suscripción del contrato será del 31 de Octubre 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		LIC. ENF.-01
<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 ESTRICTAMENTE 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**

<b>COORDINACIONES INTERNAS</b>
TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCION.
<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		<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 DEBEN TENER NO MENOS DE 20 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 90 HORAS.

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

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN LA PROFESION EN LOS ULTIMOS 05 AÑOS.

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



PERÚ

Ministerio de Salud

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
INGLES	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 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: (INCLUYENDO SERUMS).

SI, EL PUESTO REQUIERE CONTAR CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO

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-02
<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 , EXAMEN DE MAMAS Y PRUEBAS TAPIDAS DE VIH	
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"/> 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 DEBEN TENER NO MENOS DE 20 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:**

CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION EN LA CARRERA EN LOS ULTIMOS 05 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 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**:

- 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 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**

<b>PERFIL DEL PUESTO</b>		<b>BIO-03</b>
<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 DOS VECES) 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 DOS VECES).	
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.

**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>BIOLOGO(A)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input 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 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"/>	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 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 20 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 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:**

**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 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		NUTR-04
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO</b>		
<b>UNIDAD ORGÁNICA:</b>	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
<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**

**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>LICENCIADO EN NUTRICION</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input 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"/>	<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 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  
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:**

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.(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 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**:

**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 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**

**PERFIL DEL PUESTO** **ESP ADM-05**

**IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO**

<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

**MISIÓN DEL PUESTO**

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.

**FUNCIONES DEL PUESTO**

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>
--------------------------------	--	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<b>¿REQUIERE HABILITACIÓN PROFESIONAL?</b>	<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"/>			<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<input type="checkbox"/>				
				<input checked="" type="checkbox"/>	BACHILLER					
				<input checked="" type="checkbox"/>	TITULO /LICENCIATURA					
				<input type="checkbox"/>	MAESTRIA					
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>	TITULADO					



PERÚ

Ministerio de Salud

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			
	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 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
---



### **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	<b>20</b>
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACION	<b>2</b>
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ESPECIALIZACIÓN	<b>1</b>
CERTIFICADO DE MAESTRÍA CON TÍTULO	<b>3</b>
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE MAESTRÍA	<b>1.5</b>
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
RESOLUCIÓN DE TÉRMINOS DE SERUMS..	<b>5</b>
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (3 PUNTOS POR AÑO)	<b>15</b>
<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).MAXIMO 3 DIPLOMADOS.	<b>6</b>
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).MAXIMO 06 CURSOS.	<b>6</b>
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/FELICITACIONES (1 PUNTO C/U MÁX. 3)	<b>3</b>

<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	<b>20</b>
CERTIFICADO DE MAESTRÍA CON TÍTULO	<b>3</b>
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE MAESTRÍA	<b>1.5</b>
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACION	<b>2</b>
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ESPECIALIZACIÓN	<b>1</b>
<b>2. EXPERIENCIA LABORAL</b>	<b>20</b>
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (4 PUNTOS POR AÑO)	<b>20</b>
<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).	<b>6</b>
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).	<b>6</b>
<b>4. RECONOCIMIENTOS:</b>	<b>3</b>
RESOLUCIONES, CARTAS, CONSTANCIAS Y OTROS DOCUMENTOS DE RECONOCIMIENTO/FELICITACIONES (1 PUNTO C/U MÁX. 3)	<b>3</b>

### **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>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>	



PERÚ

Ministerio  
de Salud

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

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 009-2019/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:

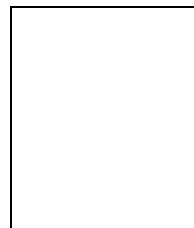
APELLIDO PATERNO			
APELLIDO MATERNO			
NOMBRES			
DOMICILIO LEGAL			
ANEXO:	DISTRITO:	PROV.:	DEP.:
FECHA DE NACIMIENTO			
N° DE DNI			
N° DE RUC			
TELÉFONO FIJO			
TELÉFONO MÓVIL			
CORREO ELECTRÓNICO			

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE OCTUBRE DE 2019

\_\_\_\_\_

FIRMA

DNI N°: \_\_\_\_\_



HUELLA  
DIGITAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**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° 009-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

PRESENTE.-

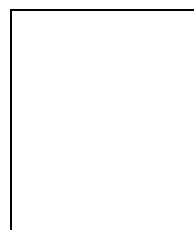
DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_, CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 004-2019/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 EL MES DE SETIEMBRE DEL 2019, A UN PUESTO Y/O CENTRO DE SALUD EN LA UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ. (**PERSONAL ASISTENCIAL**).

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE OCTUBRE 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° 009-2019/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° 009-2019/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 OCTUBRE 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° 009-2019/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° 004-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

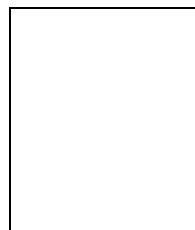
- ☞ QUE NO ME ENCUENTRO INMERSO DENTRO DE LA INCOMPATIBILIDAD DE INGRESOS ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO N° 7 DEL DECRETO DE URGENCIA N° 020-2006 "NORMAS DE AUSTERIDAD Y RACIONALIDAD EN EL GASTO PÚBLICO", EL CUAL PRECISA QUE EN EL SECTOR PÚBLICO NO SE PODRÁ PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN Y PENSIÓN, 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 OCTUBRE 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° 009-2019/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° 009-2019/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 OCTUBRE DE 2019

<p>_____</p> <p>FIRMA</p> <p>DNI N°: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>HUELLA DIGITAL</p>
--	---

**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 VÍNCULO DE AFINIDAD (A) O CONSANGUINIDAD (C), VÍNCULO MATRIMONIAL (M) Y UNIÓN DE HECHO (UH), SEÑALADOS A CONTINUACIÓN:

N°	RELACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	OFICINA DONDE PRESTA SERVICIOS
1			
2			
3			

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE OCTUBRE DE 2019

<p>_____</p> <p>FIRMA</p> <p>DNI N°: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>HUELLA DIGITAL</p>
--	---



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° 009-2019/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° 009-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO:

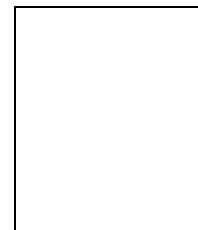
- GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE OCTUBRE 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° 009-2019/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° 009-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO  
JURAMENTO

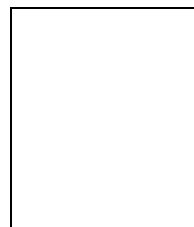
- **NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**, YA SEA POR OBLIGACIONES ALIMENTARIAS ESTABLECIDAS EN SENTENCIAS O EJECUTORIAS O ACUERDO CONCILIATORIO CON CALIDAD DE COSA JUZGADA, ASÍ COMO TAMPOCO MANTENER ADEUDOS POR PENSIONES ALIMENTARIAS DEVENGADAS SOBRE ALIMENTOS, QUE AMERITEN LA INSCRIPCIÓN EN EL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

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE OCTUBRE 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° 009-2019/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° 009-2019/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)**

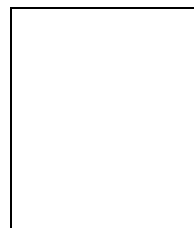
<b>PERSONA CON DISCAPACIDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
USTED ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY N° 29973, LEY GENERAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y CUENTA CON LA ACREDITACIÓN CORRESPONDIENTE?		

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

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE OCTUBRE 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.



## 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.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

#### 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													

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

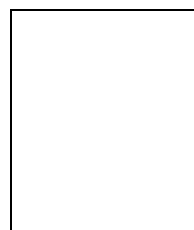
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ Y EXACTA, Y EN CASO NECESARIO, AUTORIZO SU INVESTIGACIÓN. ME SOMETO A LAS DISPOSICIONES DE VERIFICACIÓN POSTERIOR ESTABLECIDA POR LEY 27444.

HUAYTARÁ, \_\_\_\_ DE OCTUBRE DE 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) <input type="checkbox"/> 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 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 Octubre 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 HUANCAYELICA - GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA

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

(*) MODALIDAD CONTRACTUAL	DOCUMENTO CONTRACTUAL			FECHA CONTRACTUAL		REMUNERACION MENSUAL
	TIPO	Nº	FECHA	INICIO	TERMINO	
<input type="checkbox"/> D.L. 276 - MINSAs <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 – Lillinta
<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 MINSAs - 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:			