



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° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

CALLE: MUNICIPALIDAD S/N. HUAYTARÁ-HUANCVELICA.



2019

CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

CAS N° 002-2019/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 Profesionales de la Salud Asistenciales, Operador PAD y Piloto de Ambulancia, 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 03 meses (Junio a Agosto).

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° 043-2019/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 Especifica 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.

CONVOCATORIA		
1	Publicación en el Ministerio de Trabajo - HVCA.	A partir del 17 de Mayo de 2019.
2	Publicación de Convocatoria en el portal web del Gobierno Regional de Huancavelica	A partir del 17 de Mayo de 2019.
3	Presentación curricular por mesa de partes de la Gerencia Sub Regional Huaytará Calle Municipalidad S/N – Huaytará	31 de Mayo de 2019. Hora: de 08:00 a.m. a 01:00 p.m. y de 02:30 p.m. a 05:30 p.m.
SELECCIÓN		
4	Evaluación Curricular	03 de Junio del 2019.
5	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular	03 de Junio del 2019. A partir de las 14:30 p.m.
6	Presentación de Recursos de Reconsideración	03 de Junio del 2019 de 15:00 a.m. a 16:00 p.m.
7	Absolución de Recursos de Reconsideración	03 de Junio del 2019 de 16:00 p.m. a 17:00 p.m.
8	Publicación del cuadro de Méritos Final de Evaluación curricular	03 de Junio del 2019 17:30 p.m.
9	Entrevista Personal Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N - Huaytará	04 de Junio del 2019 Hora: 8:30 p.m.
10	Publicación de Cuadro de Méritos Final	04 de Junio del 2019 Hora: 12:00 p.m.
11	Adjudicación de Plazas: Gerencia Sub Regional Huaytará Calle: Municipalidad S/N - Huaytará	04 de Junio del 2019 14:30 p.m.
INICIO DE LABORES Y SUSCRIPCION DE CONTRATO		
12	Suscripción del Contrato	04 de Junio de 2019
13	Inicio de labores del Personal: Asistencial y Administrativo.	05 de Junio 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 : 05 de Junio de 2019 - Término : 30 de Agosto de 2019
Otras condiciones esenciales del contrato	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 tener Antecedentes Judiciales, Policiales, Penales ni proceso(s) judicial(es) por alimentos u otros. ✓ No 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, código de la plaza y nombre del cargo al que postula. Este documento deberá de presentarse con solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará, con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS - 2019, conforme al siguiente detalle:

Señores:
GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ
Comité de Evaluación 2019.
PROCESO CAS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP

Apellidos y Nombre Del Postulante:.....

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

Folios: Firma:

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

2.2.1 CONTENIDO DEL SOBRE:

Los documentos deberán presentarse en copias legibles debidamente foliados y fedateados por el fedatario de la Unidad Operativa Red de Salud Huaytará, con excepción del título profesional, bachiller y/o técnico, 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.

SOBRE CURRICULAR:

Documentación de presentación obligatoria:

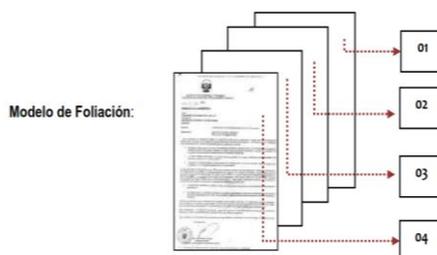
- a) Solicitud dirigida al Gerente Sub Regional de Huaytará (con atención a la Comisión Especial de Evaluación CAS-2019), comunicando el deseo de participar en la presente Convocatoria, nombre completo del postulante, código de la plaza y nombre del cargo al que postula.
- b) Copia del Documento de Identidad Nacional legalizado por notario, no debiendo tener una antigüedad mayor a **tres (03) meses** a la fecha de la presentación.



- c) Copia del Título Profesional/Bachiller y/o Título Técnico legalizado por notario público o la Institución de Origen, no debiendo tener una antigüedad mayor a tres (03) meses a la fecha de la presentación.
- 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, de no Haber Renunciado en los Últimos 12 Meses a un Puesto y/o Cargo 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° 002-2019/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 Fisco Mental. (Anexo N° 06).
- l) Declaración Jurada de No estar Registrado en el REDAM. (Anexo N° 07).
- m) Declaración Jurada de Persona Licenciada de las Fuerzas Armadas y/o Persona Con Discapacidad. (Anexo 08).
- n) Currículum Vitae debidamente sustentado y documentado. (Anexo N°09).
- o) Ficha de Datos del Trabajador (Postulante). (Anexo N°10)

NOTA:

- 1) Todos los anexos deberán ser llenados de acuerdo al modelo adjunto, caso contrario serán causal de descalificación;
- 2) Toda la documentación presentada incluido el Currículum deberá estar **FOLIADO (Enumerar literal y numéricamente, de manera ascendente iniciando de la última página además con huella en cada folio) Y ORDENADO**, caso contrario no serán considerados para la evaluación curricular.



- 3) Los 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 dudosos.**
3. *Que no cumpla con los requisitos solicitados.*
4. *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 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 SUSCRIPCION DEL CONTRATO

La adjudicación de las plazas se realizará de acuerdo al cronograma, siendo que la SUSCRIPCION DEL CONTRATO se realizará el 04 de Junio del presente, y el INICIO DE LABORES para el Personal Profesionales de la Salud (Asistenciales y Administrativos), Piloto de Ambulancia. a partir del 05 de Junio de 2019 al 30 de Agosto de 2019.

El ganador deberá tomar posesión del cargo desde el día de inicio de labores (05 de Junio 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: 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

PROFESIONALES DE LA SALUD ASISTENCIALES, OPERADOR PAD Y PILOTO DE AMBULANCIA PARA EL AMBITO DE LA RED DE SALUD DE HUAYTARÁ									
PROCESO CAS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSRH/CEP									
N° PLAZA	COD. DE PLAZA	NOMBRE DEL CARGO AL QUE POSTULA	AREA LABORAL	CANT.	MENSUAL S/.	FTE. FTO.	SEC. FUN.	PROGRAMA	PLAZO DEL CONTRATO
1	PSIC-10	PSICOLOGO	C.S. CORDOVA	01	S/. 2,300.00	RO	0083	0131 - CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL	05/06/19 AL 30/08/19
2	OBST-06	OBSTETRICIA	RED DE SALUD HUAYTARA	01	S/. 2,300.00	RO	0058	0024 - PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	05/06/19 AL 30/08/19
3	TEC INF. 15	OPERADOR PAD	C.S. HUAYTARA	01	S/. 1,600.00	RO	0009	0001 - PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	05/06/19 AL 30/08/19
		OPERADOR PAD	C.S. QUERCO	01	S/. 1,600.00	RO	0009	0001 - PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	05/06/19 AL 30/08/19
4	PIL. AMB-21	PILOTO AMBULANCIA	C.S. QUERCO	01	S/. 1,300.00	RO	0027	0002 - SALUD MATERNO NEONATAL	05/06/19 AL 30/08/19

✓ **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.

✓ **VIGENCIA DEL CONTRATO**

La suscripción del contrato será del 04 de Junio al 30 de Agosto de 2019.



PERÚ

Ministerio de Salud

✓ **FORMA DE PAGO**

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

FORMATO DEL PERFIL

FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO

PERFIL DEL PUESTO		OBST-06
IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO		
UNIDAD ORGÁNICA:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
DENOMINACIÓN:	OBSTETRA	
NOMBRE DEL PUESTO:	OBSTETRA	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
MISIÓN DEL PUESTO		
CUMPLIR CON LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL, ASÍ COMO TAMBIÉN ACCIONES PARA FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE INDICADORES SIS-FED EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.		
FUNCIONES DEL PUESTO		
1	COORDINAR CON LAS INSTANCIAS SUPERIORES (DIRESA – MINSA), LIDERANDO PROCESOS QUE CONTRIBUYAN EN LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD.	
2	ORGANIZACIÓN, PLANIFICACION, EVALUACION Y SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO	
3	MONITORIZAR, SUPERVISAR EL TAMIZAJE DE PAPA NICOLAOU Y TAMIZAJE DE VIH	
4	PROGRAMACIÓN MULTIANUAL EN LA PÁGINA WEB DEL MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.	
5	DISEÑAR, EJECUTAR, MONITORIZAR, SUPERVISAR Y EVALUAR PROGRAMAS DE SALUD DIRIGIDOS A LOS ADOLESCENTES, PROMOVRIENDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.	
6	PROGRAMACIÓN SIGA EN LOS MÓDULOS PPR Y LOGÍSTICO AL 100%	
7	BRINDAR ASISTENCIA TECNICA DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES DEL MINSA A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	
8	GARANTIZAR LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL DE SALUD.	
9	PLANIFICACIÓN, PROGRAMACIÓN, EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE PLANES OPERATIVOS SEGÚN CORRESPONDA.	
10	REALIZAR EL MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN PERIÓDICA DE LOS PROCESOS E INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LAS ESTRATEGIAS A SU CARGO, EN EL 100% DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED SEGÚN CORRESPONDA.	
11	ALCANZAR LAS METAS Y COBERTURAS EN EL MARCO DEL PPR, SIS Y FED AL 100%	
12	CONCERTAR Y PARTICIPAR EN REUNIONES DE PRESENTACION A NIVEL INTER E INTRA SECTORIAL, ASI COMO ELABORACION DE INFORMES TECNICOS CONDUCENTES AL LOGRO DE OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	
13	REALIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL BASADA EN FAMILIA Y COMUNIDAD (MAISBFC).	
14	VERIFICACIÓN DE REGISTRO DE DATOS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIS, SIS, SIEN, HECHOS VITALES).	
15	OTRAS FUNCIONES QUE EL JEFE INMEDIATO CONSIDERE CONVENIENTE PARA EL LOGRO DE LAS METAS Y OBJETIVOS.	

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

COORDINACIONES EXTERNAS

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A) FORMACIÓN ACADÉMICA.			B) GRADO(S)/SITUACIÓN ACADÉMICA Y ESTUDIOS REQUERIDOS PARA EL PUESTO.			C) ¿SE REQUIERE COLEGIATURA?	
		INCOMPLETA	COMPLETA				
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EGREDADO	<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	OBSTETRA	
<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAESTRIA		
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO
				<input type="checkbox"/>	DOCTORADO		
				<input type="checkbox"/>	EGREDASO	<input type="checkbox"/>	TITULADO

CONOCIMIENTOS

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

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
CONOCIMIENTO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA (NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO, ADULTO JOVEN Y ADULTO MAYOR)
CONOCIMIENTO EN SIGA.
CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

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

NOTA: CADA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DEBEN TENER NO MENOS DE 24 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 90 HORAS.

INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:

CERTIFICADOS EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES.
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y/O GESTION PUBLICA.
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN CUALQUIER ESTRATEGIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

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

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

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

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

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

EXPERIENCIA ESPECIFICA

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

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

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

EXPERIENCIA MÍNIMA 03 MESES EN RED DE SALUD, SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), Y RESOLUCIONES 276.

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

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 02 AÑOS EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS), 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		PSIC-02
IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO		
UNIDAD ORGÁNICA:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
DENOMINACIÓN:	PSICOLOGO(A)	
NOMBRE DEL PUESTO:	PSICOLOGO(A)	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
MISIÓN DEL PUESTO		
BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA Y SOCIAL A LOS PACIENTES, MEDIANTE LA EVALUACIÓN E INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES, ENMARCADOS EN CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DEL SIS, CONVENIOS DE GESTION Y FED EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.		
FUNCIONES DEL PUESTO		
1	EFECTUAR EVALUACION, INTERVENCION Y SEGUIMIENTO PSICOLOGICO DE PACIENTES AMBULATORIOS DE MANERA INDIVIDUAL O GRUPAL.	
2	DEBERA PARTICIPAR EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS, BRIGADAS PSICOLOGICAS EN EL AMBITO DE LA MICRO RED DE SALUD.	
3	DESARROLLAR PROGRAMAS DE ORIENTACION SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y REALIZAR EL TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN VIOLENCIA, ALCOHOL, DROGAS, PSICOSIS, DEPRESIÓN Y OTROS.	
4	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES SIS, FED Y CONVENIOS DE GESTION AL 100%	
5	REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES (40%), ACTIVIDADES EXTRAMURALES (30%), VISITAS DOMICILIARIAS (20%) Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (10%).	
6	ELABORAR INFORMES DOCUMENTOS RELATIVOS A LA PRESTACION DEL SERVICIO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y OTROS QUE LE SEAN REQUERIDOS, EN COORDINACION CON LAS INSTITUCIONES: (CEM, MINISTERIO PUBLICO Y POLICIA NACIONAL).	
7	EFECTUAR PROCESOS DE EVALUACIÓN, INTERVENCION Y SEGUIMIENTO PSICOLOGICO AMBULATORIO EN EL AMBITO DE SU MICRO RED.	
8	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION TERRITORIAL: EDUCACION PARA LA SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA, Y OTROS DIRIGIDOS A LA FAMILIA Y COMUNIDAD ASÍ COMO EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	
9	DESARROLLAR Y APLICAR CUESTIONARIOS DE APTITUDES Y HABILIDADES.	
10	APLICAR E INTERPRETAR INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS QUE PERMITAN TENER ELEMENTOS SUFICIENTES PARA EMITIR UN JUICIO EN EL DIAGNÓSTICO Y APOYAR EN LA REALIZACIÓN DE REFERENCIAS A LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA EN CASO DE SER REQUERIDO.	
11	REALIZAR VISITA FAMILIAR INTEGRAL.	
12	REALIZAR EL ANALISIS SITUACIONAL Y DETERMINACION DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACIÓN.	
13	REALIZAR COORDINACIONES CON EL MEDICO, PARA LA PRESCIPCION MEDICA DE TRATAMIENTOS POSITIVOS.	
14	LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS SANITARIAS, FED, SIS Y CONVENIOS DE GESTION.	
15	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR, ACORDE A LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	

COORDINACIONES PRINCIPALES

COORDINACIONES INTERNAS

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

COORDINACIONES EXTERNAS

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

CONOCIMIENTOS

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

CONOCIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA
CONOCIMIENTO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA (NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO, ADULTO JOVEN Y ADULTO MAYOR)
CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

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

NOTA: CADA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DEBEN TENER NO MENOS DE 24 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 90 HORAS.

INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:

CERTIFICADOS Y/O CURSOS REFERENTE A LA PROFESION.
DIPLOMADO EN SALUD PUBLICA Y OTROS REFERENTE A LA PROFESION

C.) CONOCIMIENTOS DE OFIMATICA E IDIOMAS. (REQUIERE DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS)

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 1 AÑO EN LA PROFESIÓN (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**; YA SEA EN EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO:

EXPERIENCIA MÍNIMA 1 AÑO EN LA PROFESIÓN (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 (INCLUYENDO SERUMS).

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



FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO

PERFIL DEL PUESTO		TEC INF-15
IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO		
UNIDAD ORGÁNICA:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
DENOMINACIÓN:	OPERADOR PAD	
NOMBRE DEL PUESTO:	OPERADOR PAD	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
MISIÓN DEL PUESTO		
CONTAR CON UN PERSONAL TÉCNICO EN LA UNIDAD DE SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS, QUIEN HARÁ LAS FUNCIONES DE SOPORTE TÉCNICO DEL MANEJO DEL APLICATIVO DE REGISTRO DE FORMATOS DEL SEGURO INTEGRAL A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SU JURISDICCIÓN, AFILIACIONES AL AUS CON ENFOQUES DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PLANES DE BENÉFICOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y DE ACUERDOS A LAS NORMAS VIGENTES. ORGANIZAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SIS-HIS.		
FUNCIONES DEL PUESTO		
1	MANEJO INFORMÁTICO DEL SIASIS VÍA WEB Y SOFTWARE APLICATIVO ARFSIS	
2	SOPORTE TÉCNICO EN EQUIPOS INFORMÁTICOS HARWARD, SOFTWARE Y CONFIGURACIÓN E INSTALACIÓN DE REDES LAN	
3	CONSOLIDAR, ANALIZAR Y EVALUAR LA INFORMACIÓN QUINCENAL, MENSUAL Y TRIMESTRALMENTE Y ANUAL DEL INGRESO DE LAS FUAS EN EL APLICATIVO DEL ARFSIS.	
4	REALIZAR EL REPORTE DEL PADRÓN DE AFILIADOS AUS ACTIVOS Y ENTREGA A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.	
5	CRUCE DE INFORMACIÓN CON DATA SIS DE PARTOS Y RECIÉN NACIDOS , SUPERVISIÓN MONITOREO Y ASISTENCIA TÉCNICA A LOS PUNTOS DE DIGITACIÓN DE LOS EE.SS	
6	DIGITACIÓN DE FUAS COMO MÍNIMO 250 POR DÍA.	
7	MONITOREO DE AVANCES DE INDICADORES SIS MEDIANTE EL INFORME OPERATIVO MENSUAL DEL INFORMÁTICO DE LA UNIDAD DE SEGUROS DE LA RED DE SALUD HUAYTARÁ.	
8	INFORMAR MENSUALMENTE DE LA CANTIDAD DE PRESTACIONES PREVENTIVAS Y RECUPERATIVAS, INSCRIPCIONES, AFILIACIONES Y CAMBIOS DE DOMICILIO REALIZADAS DE LOS BENEFICIARIOS DEL SIS.	
9	REALIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (SIGES) Y HACERSE CARGO DEL SOPORTE Y MONITOREO DIARIO A FIN DE GARANTIZAR SU FUNCIONAMIENTO Y ASEGURAR SU CONTINUIDAD Y SOSTENIBILIDAD ANUAL. - PRODUCIR LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA.	
10	SOPORTE TÉCNICO EN EQUIPOS INFORMÁTICOS HARWARD, SOFTWARE Y CONFIGURACIÓN E INSTALACIÓN DE REDES LAN	
11	PROCESAMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ADECUADA CONSISTENCIA DE DATOS.	
12	OTRAS FUNCIONES ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR, ACORDE A LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.	
13	SOPORTE TÉCNICO EN EQUIPOS INFORMÁTICOS HARWARD, SOFTWARE Y CONFIGURACIÓN E INSTALACIÓN DE REDES LAN	

COORDINACIONES PRINCIPALES

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

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

CONOCIMIENTOS

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

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

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

INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:
ACREDITAR MANEJO DE HERRAMIENTAS DE OFIMÁTICA, MICROSOFT WINDOWS, OFFICE EXCEL (TABLAS DINÁMICAS) INTERNET Y OTROS
ACREDITAR CAPACITACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

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

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

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

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

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

EXPERIENCIA ESPECIFICA



PERÚ

Ministerio
de Salud

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

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

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

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

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

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 10 MESES EN LA PROFESIÓN SUSTENTADO CON CONTRATOS ADMINISTRATIVOS DE SERVICIOS (CAS) Y RESOLUCIONES 276.

HABILIDADES O COMPETENCIAS

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



FORMATO DEL PERFIL DEL PUESTO

PERFIL DEL PUESTO		PIL AMB-21
IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO		
UNIDAD ORGÁNICA:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARÁ	
DENOMINACIÓN:	PILOTO DE AMBULANCIA	
NOMBRE DEL PUESTO:	PILOTO DE AMBULANCIA	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA LINEAL:	UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD – ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
DEPENDENCIA JERÁRQUICA FUNCIONAL:	GERENCIA SUB REGIONAL HUAYTARA	
MISIÓN DEL PUESTO		
GARANTIZAR EL TRASLADO OPORTUNO DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA, VELAR POR LA OPERATIVIDAD TÉCNICA DE LAS UNIDADES MÓVILES Y AMBULANCIA EN LAS IPRESS.		
FUNCIONES DEL PUESTO		
1	GARANTIZAR EL TRASLADO DEL PACIENTE EN LA AMBULANCIA, EN FORMA OPORTUNA, EN CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS VIGENTES.	
2	CUMPLIMIENTO DE LA DIRECTIVA REGIONAL SOBRE EL USO DE LAS UNIDADES MOVILES.	
3	CUMPLIMIENTO DE LAS REGLAS DE TRANSITO, PARA GARANTIZAR EL SERVICIO DE CALIDAD.	
4	REGIRSE AL HORARIO ESTABLECIDO, SEGÚN EL REGLAMENTO DE CONTROL DE ASISTENCIA Y PERMANENCIA.	
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	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.	
8	LLEVAR UN REGISTRO DETALLADO DEL COMBUSTIBLE UTILIZADO, EL KILOMETRAJE Y MEDIR LOS NIVELES DE FLUIDOS (AGUA COMBUSTIBLE, LÍQUIDO DE FRENO Y OTROS) AL RECIBIR SU TURNO Y VERIFICAR LA PRESIÓN DEL AIRE DE LAS LLANTAS AL INICIAR SUS LABORES.	
9	ASISTENCIA OBLIGATORIA A TODAS LAS ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN Y CAPACITACIÓN CONVOCADAS POR EL PERSONAL DE SALUD.	
10	DISPONIBILIDAD INMEDIATA ANTE CUALQUIER OCURRENCIA DE EMERGENCIA MASIVA Y DESASTRES.	
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

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD HUAYTARÁ.

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

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

CONOCIMIENTOS

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

CONOCIMIENTO DE PRIMEROS AUXILIOS.

CONOCIMIENTO EN MECÁNICA .

CONOCIMIENTO EN NORMAS DE TRÁNSITO .

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

NOTA: CADA CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DEBEN TENER NO MENOS DE 10 HORAS DE CAPACITACIÓN Y LOS DIPLOMADOS NO MENOS DE 50 HORAS.

INDIQUE LOS CURSOS Y/O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN REQUERIDOS:

CERTIFICADO DE ESTUDIOS - SECUNDARIA COMPLETA

LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE A-II

ACREDITAR CAPACITACIÓN EN MECÁNICA AUTOMOTRIZ

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

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

EXPERIENCIA

EXPERIENCIA GENERAL

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

EXPERIENCIA MÍNIMA 6 MESES EN LA PROFESIÓN

EXPERIENCIA ESPECIFICA

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

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

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

EXPERIENCIA MÍNIMA 6 MESES EN LA PROFESIÓN

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**:

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

EXPERIENCIA MÍNIMA 06 MESES EN LA PROFESIÓN

HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ



EVALUACION CURRICULAR (60 PTOS)

CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PROFESIONALES DE LA SALUD CON FUNCIÓN ASISTENCIAL	PUNTAJE MAXIMO
EVALUACION CURRICULAR	60
1. INFORMACIÓN:	25
TÍTULO PROFESIONAL A NOMBRE DE LA NACIÓN	20
CERTIFICADO DE ESPECIALIZACIÓN	2
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE ESPECIALIZACIÓN	1
CERTIFICADO DE MAESTRIA CON TÍTULO	3
CONSTANCIA DE TÉRMINO DE MAESTRIA	1.5
2. EXPERIENCIA LABORAL	20
RESOLUCIÓN DE TÉRMINOS DE SERUMS-SECIGRA / 1 AÑO EXPERIENCIA.	5
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (3 PUNTOS POR AÑO)	15
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PRIVADO, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (1.5 PUNTOS POR AÑO)	7.5
3. CAPACITACIÓN	12
DIPLOMADO EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTOS POR CADA DIPLOMA IGUAL O MAYOR A 90 HORAS EN CAPACITACIÓN DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS A LA FECHA DE LA EVALUACIÓN CURRICULAR).	6
CURSOS DE CAPACITACIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL PERFIL (0.5 PUNTO POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 24 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/FELICITACIONES (0.5 PUNTO C/U MÁX. 6)	3

CRITERIO DE EVALUACION CURRICULAR PARA PILOTO DE AMBULANCIA	PUNTAJE MAXIMO
EVALUACION CURRICULAR	60
1. INFORMACIÓN:	25
BREVETE PROFESIONAL FACULTADO PARA MANEJO DE AMBULANCIA AII - B	INDISPENSABLE
CERTIFICADO DE ESTUDIOS - SECUNDARIA COMPLETA	25
2. EXPERIENCIA LABORAL	20
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO AL CARGO QUE POSTULA, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (4 PUNTOS POR AÑO)	20
EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PRIVADO AL CARGO QUE POSTULA, MÁXIMO HASTA 5 AÑOS (2 PUNTOS POR AÑO)	10
3. CAPACITACIÓN	12
CURSOS DE CAPACITACIÓN DE ACUERDO AL PERFIL (1 PUNTOS POR CADA CURSO IGUAL O MAYOR A 08 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/FELICITACIONES (0.5 PUNTO C/U MÁX. 6)	3

ENTREVISTA PERSONAL (40 PTOS)

LA PRESENTE ETAPA ES UN COMPLEMENTO DE LA ETAPA ANTERIOR, EXPLORÁNDOSE EN EL POSTULANTE SU PERSONALIDAD, CONOCIMIENTOS GENERALES, EXPERIENCIA EN EL CARGO, RASGOS DE CARÁCTER, ASPIRACIONES E INTERÉS ENTRE OTROS, ASPECTOS.



PERÚ

Ministerio
de Salud

FORMULARIO DE EVALUACION PARA LA ENTREVISTA PERSONAL

APELLIDOS Y NOMBRES :

CARGO AL CUAL POSTULA:

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

FECHA:/...../.....

FACTORES A EVALUAR	TOTAL	
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.	
PUNTAJE TOTAL	40	

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

SEÑORES:

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-
CEP**

PRESENTE.-

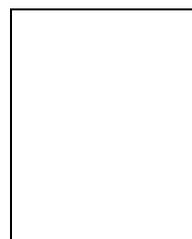
DE MI CONSIDERACIÓN:
EL SUSCRITO, **DECLARO BAJO JURAMENTO** QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE SUJETA A LA VERDAD:

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 MAYO DEL 2019

FIRMA

DNI N°: _____



HUELLA
DIGITAL

ANEXO N° 02
CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES, DE NO 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 N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

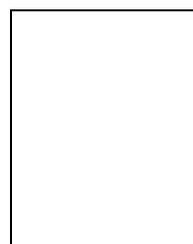
EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

- QUE CUMPLIRÉ CON LAS PRESTACIONES A MI CARGO RELACIONADAS AL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN.
- NO HABER RENUNCIADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES A UN PUESTO Y/O CARGO EN LA UNIDAD OPERADOR RED DE SALUD HUAYTARÁ.

HUAYTARÁ, ____ DE MAYO DE 2019

FIRMA

DNI N°: _____



HUELLA DIGITAL



PERÚ

Ministerio
de Salud

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

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 002-2019/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° 002-2019/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 MAYO 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° 002-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

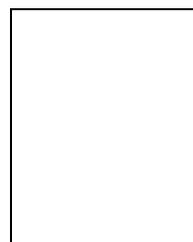
EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

- ☞ 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 MAYO 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° 002-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP**

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

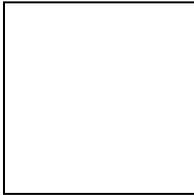
EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO:

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 MAYO DE 2019

 FIRMA

 DNI N°: _____


 HUELLA DIGITAL

EN CASO DE TENER PARIENTES

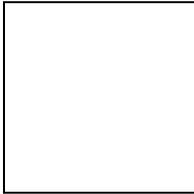
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE EN LA GERENCIA SUB REGIONAL DE HUAYTARÁ, PRESTA SERVICIOS LA(S) PERSONA(S) CUYO(S) APELLIDO(S) INDICO, A QUIEN O QUIENES ME UNE LA RELACIÓN O VINCULO DE AFINIDAD (A) O CONSANGUINIDAD (C), VÍNCULO MATRIMONIAL (M) Y UNIÓN DE HECHO (UH), SEÑALADOS A CONTINUACIÓN:

	RELACION	APELLIDOS Y NOMBRES	OFICINA DONDE PRESTA SERVICIOS
1			
2			
3			

HUAYTARÁ, ____ DE MAYO DE 2019

 FIRMA

 DNI N°: _____


 HUELLA DIGITAL



PERÚ

Ministerio
de Salud

ANEXO N° 06
CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR BUENA SALUD FISICA Y MENTAL

SEÑORES:

COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN
PROCESOS DE CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

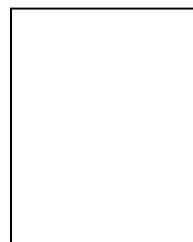
EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON
DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____
_____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO
JURAMENTO:

- GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL.

HUAYTARÁ, ____ DE MAYO DE 2019

FIRMA

DNI N°: _____



HUELLA
DIGITAL

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° 002-2019/GOB.REG.HVCA/G.S.R.H-CEP

PRESENTE.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

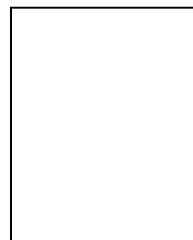
EL QUE SUSCRIBE _____, IDENTIFICADO CON DNI N° _____, CON RUC N° _____, DOMICILIADO EN _____, QUE SE PRESENTA COMO POSTULANTE DE LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO JURAMENTO

- **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 MAYO 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° 002-2019/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° 002-2019/GOB.REG.HVCA/GSR-H-CEP, DECLARO BAJO
JURAMENTO:

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

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)**

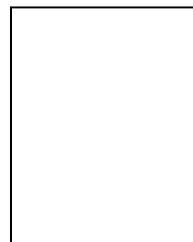
PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
USTED ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY N° 29973, LEY GENERAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD Y CUENTA CON LA ACREDITACIÓN CORRESPONDIENTE?		

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

HUAYTARÁ, ____ DE MAYO 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					

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													

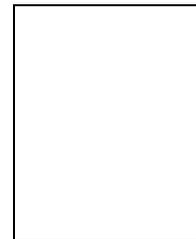
NOTA: SE PODRÁ AÑADIR OTRO CUADRO SI ES NECESARIO.

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 MAYO 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			

TELÉFONO DOMICILIARIO	TELEFONOS MOVIL	E-MAIL

	CCI: _____	<input type="checkbox"/> Banco de la Nación (Preferentemente)
	CTA: - -	<input type="checkbox"/> Otro _____
RUC	BOUCHER DE BANCO (Código de Cuenta Interbancaria y Cuenta de Ahorro/Corriente)	NOMBRE DE BANCO

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

ESTADO CIVIL	NOMBRES COMPLETO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE	NOMBRES COMPLETO FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIAS	TELÉFONO

<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 www.onp.gob.pe		
<input type="checkbox"/> AFP Integra <input type="checkbox"/> AFP Profuturo	<input type="checkbox"/> AFP Horizonte <input type="checkbox"/> AFP Prima	Sistema Privado de Pensiones 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 Mayo de 2019

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
	<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. ANESTESIOLOGO <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"/> <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 HUANCVELICA - 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 - MINSA <input type="checkbox"/> D.L. 1057 - C.A.S.	<input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Contrato	Nº _____-201__ / GOB.REG.HVCA/GSRH/G.	___/___/201__	___/___/201__	___/___/201__	S/_____.00
<input type="checkbox"/> Serums Nacional <input type="checkbox"/> Serums Regional	<input type="checkbox"/> Proveido	Nº 201 __-__	___/___/201__	___/___/201__	___/___/201__	MODALIDAD: <input type="checkbox"/> Remunerado <input type="checkbox"/> Equivalente
Otro: <input type="checkbox"/>						

DE LA MODALIDAD PRESUPUESTAL

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

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

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

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

DEL TIPO INGRESO:

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