

*“Año de la lucha contra la corrupción e impunidad”*

**PROCESO CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST**

**BASES**

**CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA  
DE SERVICIOS –CAS 2019**

**“PROFESIONALES, NO PROFESIONALES, TECNICOS  
DE SALUD PROFESIONALES Y TECNICOS  
ADMINISTRATIVOS”.**

**Agosto – 2019**

**PROCESO CAS N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/ UERST-CAS**

**CAPÍTULO I**  
**GENERALIDADES**

**I. ENTIDAD CONVOCANTE**

Nombre : UNIDAD EJECUTORA 4004 RED DE SALUD TAYACAJA  
RUC N° : 20601177133

**1.1 DOMICILIO LEGAL**

Av. Mariscal Cáceres N° 906 – Pampas-Tayacaja-Huancavelica

**1.2 OBJETO DE LA CONVOCATORIA**

El objeto de la convocatoria es la Contratación Administrativa de Servicio para Profesionales para desarrollar labores de naturaleza permanente como personal administrativo en la Unidad Ejecutora 4004 Red de Salud de Tayacaja.

El Perfil y Las características del Puesto, así como las Condiciones esenciales del Contrato están definidos en el capítulo III de las presentes Bases.

**1.3 FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Fuente Financiamiento : 1 Recursos Ordinarios  
Rubro : 00 Recursos Ordinarios

**1.4 BASE LEGAL**

- Decreto Legislativo N° 1057-Norma que regula 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
  - Decreto Supremo N° 018-2007-TR-Disposiciones relativa al uso del documento denominado Planilla Electrónica.
  - Ley N° 26790-Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
  - Ley 28411-Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
  - Ley N° 30693 -Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2018.
  - Ley N° 27444-Ley del Procedimiento Administrativo General.
  - Ley N° 27806-Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Las referidas normas incluyen sus respectivas disposiciones ampliatorias, modificatorias y conexas, de ser el caso.

**II. CARACTERISTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO:**

**UNIDAD EJECUTORA 4004 RED DE SALUD  
TAYACAJA**



| TOTAL DE PLAZAS PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD PARA CONVOCATORIA 2019 DE LA RED DE SALUD TAYACAJA |                                  |                   |  |       |             |            |      |                          |
|--|----------------------------------|-------------------|--|-------|-------------|------------|------|--------------------------|
| PROCESO CAS N° 0004-2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS   |                                  |                   |  |       |             |            |      |                          |
| N° PLAZA   | DESCRIPCION                      | CODIGO            | AREA LABORAL                           | CANT. | MENSUAL S/. | PROG.PRES. | META | PLAZO DE CONTRATO        |
| 1  | LICENCIADOS EN ENFERMERIA AISPED | LIC.ENF-AISPED 01 | AISPED RUTA 1: Oferta Movil SURCUBAMBA | 1     | 3,100       | PAN        | 9    | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
|  |                                  |                   | AISPED RUTA 2: Oferta Movil COLCABAMBA | 1     | 3,100       | PAN        | 9    | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
| 2  | CIRUJANOS DENTISTAS AISPED       | CD-AISPED 02      | AISPED RUTA 1: Oferta Movil SURCUBAMBA | 1     | 3,100       | MATERNO    | 24   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
|  |                                  |                   | AISPED RUTA 2: Oferta Movil COLCABAMBA | 1     | 3,100       | MATERNO    | 24   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
| 3  | OBSTETRA AISPED                  | OBST-AISPED 03    | AISPED RUTA 1: Oferta Movil SURCUBAMBA | 1     | 3,100       | PAN        | 18   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
| 4  | MEDICO CIRUJANO                  | M.C-04            | C.S ACRAQUIA                           | 1     | 4,200       | PAN        | 11   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
|  |                                  |                   | C.S COLCABAMBA                         | 1     | 4,200       | MATERNO    | 30   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
|  |                                  |                   | C.S QUICHUAS                           | 1     | 4,200       | PAN        | 11   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
| 5  | PSICOLOGO                        | PSIC-05           | RED DE SALUD TAYACAJA                  | 1     | 2,300       | ESSM       | 104  | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
| 6  | PSICOLOGO                        | PSIC-06           | C.S HUARIBAMBA                         | 1     | 2,300       | ESSM       | 104  | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
|  |                                  |                   | P.S AYACCOCHA                          | 1     | 2,300       |            |      |                          |
|  |                                  |                   | C.S DANIEL HERNANDEZ                   | 1     | 2,300       |            |      |                          |
| 7  | NUTRICIONISTA                    | NUTRI-07          | C.S DANIEL HERNANDEZ                   | 1     | 2,300       | PAN        | 7    | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
| 8  | LICENCIADOS EN ENFERMERIA        | LIC.ENF-08        | P.S SAN JOSE                           | 1     | 2,600       | PAN        | 11   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
|  |                                  |                   | P.S TOCAS                              | 1     | 2,300       | PAN        | 15   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
| 9  | OBSTETRA                         | OBST-09           | P.S MONTECOLPA                         | 1     | 2,300       | MATERNO    | 28   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
| 10   | PILOTO DE AMBULANCIA             | PILOT-10          | C.S SALCABAMBA                         | 1     | 1,200       | MATERNO    | 32   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
|  |                                  |                   | C.S HUACHOCOLPA                        | 1     | 1,400       | MATERNO    | 32   | 01/09/2019 AL 31/12/2019 |
|  |                                  |                   | <b>TOTAL DE PLAZAS</b>                 | 18    |             |            |      |                          |

### III. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

| CONDICIONES                               | DETALLE   |
|---|---|
| Lugar de prestación del servicio          | Unidad Ejecutora 4004 Red de Salud de Tayacaja  |
| Duración del contrato                     | - Inicio : 01 de Setiembre 2019<br>- Término : 31 de Diciembre 2019<br>Nota: La continuidad, será Sujeto a evaluación de desempeño laboral y disponibilidad presupuestal. |
| Otras condiciones esenciales del contrato | -No tener impedimentos para contratar con el Estado.<br>-No tener antecedentes judiciales, policiales ni penales.   |

### IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

| CONVOCATORIA      |   |  |
|-------------------|---|--|
| 1                 | Publicación de la convocatoria en el Portal Web del Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo - Huancavelica.                        | Del 01 Agosto 2019 al 15 de Agosto de 2019                                       |
| 2                 | Publicación de la convocatoria en el Portal web del Gobierno Regional de Huancavelica.  | Del 02 de Agosto del 2019 al 15 de Agosto de 2019                                |
| 3                 | Presentación curricular, en Secretaria de Mesa de partes de la Red de Salud de Tayacaja.  | 16 de Agosto del 2019<br>Hora: de 8:00 a.m. a 1:00.p.m. y 2:30 p.m. a 05:30 p.m. |
| SELECCIÓN         |   |  |
| 4                 | <b>Evaluación de la hoja de vida y demás documentos que contiene el expediente presentado por los postulantes.</b>                              | 19, 20 y 21 de Agosto 2019   |
| 5                 | <b>Publicación del cuadro Preliminar de la Evaluación Curricular</b> , en la puerta principal de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja.     | 21 de Agosto 2019<br>14:30 Horas   |
| 6                 | Presentación de reclamos (no se admitirá documentos adicionales que no se hayan presentado previamente)   | 21 de Agosto de 2019<br>14:30 Hasta 15:30 Horas                                  |
| 7                 | Absolución de Reclamos  | 21 de Agosto de 2019<br>De 15:30 Hasta 16:30 Horas.                              |
| 8                 | <b>Publicación de Resultado FINAL:</b>  | 21 de Junio de 2019<br>18:00 Horas.  |
| 9                 | <b>Entrevista Personal:</b><br>Lugar: Red de Salud Tayacaja (Av. Mariscal Cáceres N° 906, del Distrito de Pampas-Tayacaja)                      | 22 de Junio de 2019<br>10:00 Horas   |
| 10                | <b>Publicación de Resultado FINAL de ganadores según orden de méritos.</b> En la puerta principal de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja. | 23 de Junio de 2019<br>9.00 Horas  |
| 11                | Adjudicación de Plazas según orden de mérito en las instalaciones de la Red de Salud Tayacaja.  | 23 de Junio de 2019<br>11.00 Horas   |
| INICIO DE LABORES |   |  |

12 Inicio de labores

01 de Setiembre 2019

**Nota:**

- Los que no cumplan los requisitos mínimos exigidos, según los perfiles de puesto, no podrán participar y/o serán descalificados en el presente proceso.
- El personal que haya presentado renunciaciones, generando el desabastecimiento en los diferentes establecimientos no serán considerados para el presente proceso.

**V. PRESENTACIÓN DE SOBRE**

La presentación se efectuará en un sobre cerrado y estarán dirigidas a la Comisión Especial de Evaluación CAS, conforme al siguiente detalle:

|   |
|---|
| Señores<br>UNIDAD EJECUTORA 4004 RED DE SALUD TAYACAJA  |
| Comité Proceso de Selección<br>CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIO N° 004-2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA-HVCA/UERST-CAS |
| SOBRE N° 1: SOBRE CURRICULAR  |
| NOMBRE DEL POSTULANTE.....  |
| CODIGO O ITEM AL CUAL POSTULA: .....  |
| N° DE FOLIOS DE C/ EJEMPLAR.....  |

Se presentarán en un (1) sobre cerrado: El curriculum y sus anexos se presentaran en un folder con copias legibles, **debidamente legalizadas o fedateadas, foliadas y firmadas en cada una de las hojas de manera ascendente desde la última página hasta la primera página.** Aquellas propuestas que no cumplan con lo antes señalado se tendrán como **no presentada**. Asimismo los documentos no legibles no serán considerados para la evaluación.

**SOBRE CURRICULAR**

**Documentación de presentación obligatoria: (se deberá presentar en forma ordenada, lo siguiente)**

- a) Copia del DNI del postulante. Vigente.
- b) Declaración Jurada de datos del postulante, **Anexo N° 01**
- c) Declaración Jurada en la que el postulante declare que cumplirá con las prestaciones a su cargo relacionadas al objeto de la contratación, **Anexo N° 02**
- d) Declaración Jurada en la que el postulante declare que no se encuentra inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado, **Anexo N° 004**
- e) Declaración Jurada en la que el postulante señale que no recibe del Estado doble percepción de ingresos, **Anexo N° 04**
- f) Declaración Jurada en la que el postulante señale declare algún parentesco que tuviese con funcionarios del Gobierno Regional, **Anexo N° 05**
- g) **Anexo N° 06**, Copias del Currículum Vitae debidamente **Legalizado o fedateado por la Unidad Ejecutora 4004 Red de Salud de Tayacaja**, sustentado y documentado. (se consideraran las capacitaciones realizadas del 2015 en adelante, con la certificación y/o resolución de validación correspondiente. Los certificados de trabajo deberán estar firmados por la jefatura de RR.HH o el titular de la entidad, no validando aquellos que no cumplan. Se dará validez a las

**resoluciones de felicitación de los logros obtenidos, emitidos por la DIRESA, RED, MUNICIPIO).**

- h) Declaración Jurada en la que se detalle la experiencia en capacitaciones asistidas por el postor. **Anexo 07.**
- i) Declaración Jurada de no estar inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos. **Anexo N° 08.**
- j) Declaración Jurada de Veracidad de la Documentación Presentada. **Anexo N° 09.**
- k) Declaración Jurada de no tener antecedentes judiciales, Policiales ni penales. **Anexo N° 10.**
- l) Declaración Jurada de no tener sanción por falta administrativa vigente. **Anexo N° 11.**

**NOTA:**

- 1) Si no es llenada y adjuntada la información tal cual indica en los anexos será causal de descalificación.
- 2) El postulante será responsable de la exactitud y veracidad de los documentos presentados.
- 3) Toda la documentación presentada (incluido currículum) deberá estar debidamente firmada por el postulante y debe estar foliado, caso contrario no serán considerados para la evaluación.
- 4) Los formatos podrán ser llenados por cualquier medio, incluyendo el manual, debiendo llevar la rúbrica del Postulante.

**VII. PROCESO DE EVALUACION**

- **EL PROCESO DE EVALUACION SE REALIZARA EN DOS (02) ETAPAS.**
- Cada fase de la evaluación es excluyente para la siguiente etapa.
- Los aspectos que no son considerados en la presente base de convocatoria, serán deliberados y resueltos por el comité.
- Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán un máximo y un mínimo de puntos, distribuyéndose de la siguiente manera:

**VIII. ETAPAS Y MODO DE EVALUACION**

| ETAPAS           | EVALUACION                             | PESO         | PUNTAJE MINIMO | PUNTAJE MAXIMO |
|------------------|--|--------------|----------------|----------------|
| <b>1RA ETAPA</b> | <b>EVALUACION DE EXPEDIENTE</b>        | <b>50 %</b>  | <b>30</b>      | <b>50</b>      |
|                  | 1. Formación Académica                 |              |                | <b>20</b>      |
|                  | 2. Experiencia                         |              |                | <b>10</b>      |
|                  | 3. Capacitación                        |              |                | <b>20</b>      |
| <b>2DA ETAPA</b> | <b>ENTREVISTA PERSONAL</b>             | <b>50 %</b>  | <b>30</b>      | <b>50</b>      |
|                  | 1. Dominio Temático                    |              |                | <b>20</b>      |
|                  | 2. Capacidad Analítica                 |              |                | <b>15</b>      |
|                  | 3. Facilidad de Comunicación           |              |                | <b>10</b>      |
|                  | 4. Presentación Personal y Puntualidad |              |                | <b>05</b>      |
|                  | <b>PUNTAJE TOTAL</b>                   | <b>100 %</b> | <b>60</b>      | <b>100</b>     |

**Nota: La calificación de las funciones sobre la experiencia general y/o específica será considerada válida siempre que estén relacionadas al perfil del puesto.**

## IX. BONIFICACION:

- **Al Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas:** Se otorgará una bonificación del 10 % sobre el puntaje final de la evaluación curricular obtenido, de conformidad con lo establecido en el artículo 4° de la Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 61-2015-SERVIR/PE, siempre que el postulante que le haya indicado y adjuntado al curriculum vitae la copia simple del documento oficial, emitido por la autoridad competente, que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.
- **A las Personas con Discapacidad:** Se otorgará una bonificación del 15 % sobre el puntaje final obtenido en la etapa de evaluación, que incluye la entrevista final, de conformidad con "Discapacidad", al postulante que lo haya indicado y adjuntado al Curriculum Vitae la copia fechada de la Resolución emitida por el CONADIS

## X. RESULTADOS DE LA EVALUACION

La relación de postulantes que resulten ganadores se publicarán en la puerta principal de la Unidad Ejecutora 4004 Red de Salud Tayacaja.

**NOTA:** Los participantes que no hayan resultado ganadores podrán recoger sus sobres sólo hasta después de los 07 días calendarios de haber culminado el proceso de selección. La Entidad se reserva el derecho de ponerlos a disposición para los fines que sean convenientes.

## XI. ADJUDICACION DE PLAZAS

La adjudicación de plazas será en estricto orden de mérito hasta ocupar el total de las plazas ofertadas.

## XII. DE LA SUSCRIPCION DEL CONTRATO

Dentro del plazo máximo de cinco (05) días hábiles contados a partir del día siguiente de la publicación de los resultados, el seleccionado deberá suscribir el respectivo Contrato Administrativo de Servicios, Si vencido dicho plazo sin que el seleccionado lo suscriba se procederá a notificar al que quedo en segundo puesto en orden de mérito para que en el plazo señalado anteriormente se proceda a la suscripción del contrato. De la misma manera, en caso no se suscribiera con el segundo se procederá a notificar el tercero contando éste con idéntico plazo para la suscripción del respectivo contrato.

## XIII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACION DEL PROCESO

### 13.1 Declaratoria del proceso como desierto

El proceso puede ser declarado desierto en alguno de los siguientes supuestos:

- a Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
- b Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
- c Cuando habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las etapas de evaluación del proceso.

### 13.2 Cancelación del proceso de selección

El proceso puede ser cancelado en alguno de los siguientes supuestos, sin que sea responsabilidad de la entidad:

- A Por restricciones presupuestales.
- B Otras debidamente justificadas.

**NOTA:**

- **“EL POSTULANTE GANADOR QUE RENUNCIE A SU PLAZA, LA CUAL ESTARÁ REGISTRADA EN LA BASE DE DATOS, QUEDARÁ IMPEDIDO DE VOLVER A POSTULAR A CONVOCATORIAS POSTERIORES EN EL PRESENTE AÑO FISCAL.**
- **DE IGUAL MODO, LOS POSTULANTES DEBEN DE PRESENTAR EL TÍTULO PROFESIONAL, OTROS GRADOS ACADÉMICOS Y COLEGIATURA DEBIDAMENTE LEGALIZADO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO, CASO CONTRARIO SERÁN DESCALIFICADOS.**
- **LOS POSTULANTES DEBERÁN PRESENTAR CONSTANCIA DE NO ADEUDO EN CASO DE HABER LABORADO EN LA RED DE SALUD TAYACAJA.**

**XIV. PERFIL DEL PUESTO**



## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica: UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA  
 Denominación: LICENCIADA EN ENFERMERIA PARA AISPED  
 Nombre del puesto: LICENCIADA EN ENFERMERIA PARA AISPED  
 Dependencia Jerárquica Lineal: UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA  
 Dependencia Jerárquica funcional: DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANCAMELICA  
 Puestos que supervisa: NO APLICA

Codigo de la Plaza: LIC.ENF-AISPED 01

### MISIÓN DEL PUESTO

Garantizar la atención Integral de las personas en sus diferentes etapas de vida con prioridad en la etapa de vida niño a través del modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad, para el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos que se tiene como Región Huancavelica

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |  |
|----|--|
| 1  | Realizar la administración de vacunas de acuerdo al calendario de vacunación vigente, con énfasis en los niños y niñas menores de cinco años en el ámbito de Intervención del AISPED.  |
| 2  | Realizar la conservación y manipulación de los biológicos para la inmunidad de los niños vacunados.  |
| 3  | Realizar el control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a las normas vigentes, con énfasis en los niños menores de 11 años del ámbito de intervención del AISPED.   |
| 4  | Captar y detectar oportunamente los riesgos de desnutrición y desarrollo para luego ser recuperados.   |
| 5  | Hacer que los niños reciban suplementación de multimicronutrientes y vitamina A.   |
| 6  | Realizar la administración Profiláctico y de tratamiento antiparasitario.  |
| 7  | Realizar la atención integral en las etapas de vida según las normas vigentes en zonas de intervención del AISPED.   |
| 8  | Realizar la orientación y consejería en los tipos de cáncer priorizados.   |
| 9  | Realizar la atención del recién nacido normal en el ámbito de Intervención del AISPED.   |
| 10 | Reducir la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres.   |
| 11 | Realizar visitas domiciliarias efectivas por cada programa estratégico y bajo el marco del Atención Integrada basada en Familia y Comunidad en zonas de Intervención del AISPED.   |
| 12 | Garantizar la vigilancia epidemiológica en el ámbito de intervención del AISPED.   |
| 13 | Garantizar la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano   |
| 14 | Detección, Diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis, así como el seguimiento de casos.  |
| 15 | Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (Familias, Comunidades, Instituciones Educativas y Municipios Saludables).  |
| 16 | Implementar y/o fortalecer la gestión de la calidad mediante la implementación de proyectos de mejora, y auditorías de calidad de registro.  |
| 17 | Realizar 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).   |
| 18 | Producción SIS – HIS, acorde al cumplimiento de metas de indicadores establecidos en la Región.  |
| 19 | Usar correctamente y conservar los equipos y bienes del Equipo AISPED  |
| 20 | Actualizar mensualmente el padrón nominado del niño menor de 05 años de su establecimiento asignado  |
| 21 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación donde Interviene el Equipo AISPED   |
| 22 | Participar en las actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad.   |
| 23 | Efectuar los registros relacionados a la atención de los pacientes y otros que competen al servicio de enfermería del ámbito de Intervención del AISPED.   |
| 24 | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población del ámbito de Intervención del AISPED   |
| 25 | Realizar acciones para el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR) y convenios.   |
| 26 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales   |
| 27 | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales del AISPED, para su envío a los niveles que corresponde  |
| 28 | Realizar la atención integral de salud de la población excluida y dispersa de su jurisdicción de la MICRORED según necesidad   |
| 29 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales.  |
| 30 | Realizar actividades para el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), Seguro Integral de Salud (SIS), Convenio FED, Convenio de Acuerdos de Gestión y otros. |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

#### Coordinaciones Externas

Todas la Unidades Orgánicas.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

| A.) Formación Académica  | B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto | C.) ¿Se requiere Colegiatura?       |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
|--|---|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|--|------------------------------------|--|---|--|--|--|-----------------------------|------------------------|--------------|--|-----------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Incompl</td> <td>Completa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 o 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 o 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Universitario</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table> |   | Incompl                             | Completa | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 o 2 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 o 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Universitario | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td> <td rowspan="2">LICENCIADA EN ENFERMERIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bachiller</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maestría</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado estudios</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doctorado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | LICENCIADA EN ENFERMERIA | <input type="checkbox"/> Bachiller | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |  | <input type="checkbox"/> Maestría |  | <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado estudios |  | <input type="checkbox"/> Doctorado |  | <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |  | <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Requiere profesional?</td> <td>habilitación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Requiere profesional? | habilitación | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|  | Incompl   | Completa                            |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Secundaria  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>            |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 o 2 años)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>            |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 o 4 años)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>            |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario  | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)   | LICENCIADA EN ENFERMERIA  |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Bachiller   |   |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura   |   |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Maestría  |   |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado estudios   |   |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Doctorado   |   |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado  |   |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí   | <input type="checkbox"/> No   |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| ¿Requiere profesional?   | habilitación  |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí   | <input type="checkbox"/> No   |                                     |          |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |  |                                      |                          |                                    |  |  |                                   |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |                             |                        |              |  |                             |

**CONOCIMIENTOS**

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaría):

|  |
|--|
| CONOCIMIENTOS EN NORMAS TECNICAS VIGENTES DEL MINSA  |
| CONOCIMIENTO EN AIEPI CLINICO Y/O COMUNITARIO  |
| CONOCIMIENTO DEL MAIS BFC  |
| CONOCIMIENTO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA (NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO, ADULTO JOVEN , ADULTO MAYOR) |
| CONOCIMIENTO NORMA TÉCNICA DE AISPED   |

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.*

• Acreditar capacitación en atención del Recién nacido

• Acreditar cursos de capacitación en MAIS BFC

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |           |          | IDIOMAS | Nivel de dominio |        |           |          |
|------------|------------------|--------|-----------|----------|---------|------------------|--------|-----------|----------|
|            | No aplica        | Básico | Intermedi | Avanzado |         | No aplica        | Básico | Intermedi | Avanzado |
| Word       |                  | X      |           |          | Inglés  | X                |        |           |          |
| Excel      |                  | X      |           |          | Quechua |                  | X      |           |          |
| PowerPoint |                  | X      |           |          | .....   |                  |        |           |          |

**EXPERIENCIA**

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

02 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL. (INCLUIDO SERUMS)

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

|   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Practicante o profesional | <input type="checkbox"/> Auxiliar o Asistente | <input checked="" type="checkbox"/> Analista / Especialista | <input checked="" type="checkbox"/> Supervisor / Coordinador | <input checked="" type="checkbox"/> Jefe de Área o Dpto. | <input type="checkbox"/> Gerente o Director |
|---|---|---|--|--|---|

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

02 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL. (INCLUIDO 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 que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

02 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL. (INCLUIDO SERUMS)

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

RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

|  |
|--|
| CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA               |
| CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION             |
| COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA  |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO    |
| ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.         |

# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Unidad Orgánica:                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Denominación:                     | CIRUJANO DENTISTA PARA AISPED              |
| Nombre del puesto:                | CIRUJANO DENTISTA PARA AISPED              |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCION REGIONALDE SALUD HUANCVELICA     |
| Puestos que supervisa:            | NO APLICA                                  |
| Codigo de la Plaza:               | CD-AISPED 2                                |

## MISIÓN DEL PUESTO

Fortalecer la gestión de las actividades de salud bucal por etapas de vida; priorizando las etapas más vulnerables (niño, gestante y adulto mayor), brindando una Atención Odontológica Preventiva, Recuperativa y Especializada Básica en Atenciones de Poblaciones Excluidas y dispersas

## FUNCIONES DEL PUESTO

|    |  |
|----|--|
| 1  | Planificar, organizar, coordinar, Ejecutar, evaluar e informar las actividades odontológicas dirigidas a la atención de pacientes de acuerdo con las guías, normas y directivas de atención establecidas en zonas alejadas y dispersas AISPED.               |
| 2  | Desarrollar los pasos necesarios para establecer el diagnóstico y plan de tratamiento en odontología.  |
| 3  | Implementar el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad.   |
| 4  | Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad.   |
| 5  | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población de Intervención del Equipo AISPED   |
| 6  | Participación activa en actividades extramurales de acuerdo a programación de Intervención de los Equipos AISPED   |
| 7  | Realizar acciones de promoción y prevención de la caries dental, examen bucal y consultas odontológicas.   |
| 8  | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales del AISPED, para su envío a los niveles que corresponde  |
| 9  | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de Acreditación de EESS   |
| 10 | Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia contrareferencia   |
| 11 | Mantener limpio el Establecimiento de salud  |
| 12 | Usar correctamente y conservar los Equipos y bienes del EESS   |
| 13 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales   |
| 14 | Realizar la atención en Odontopediatría y Rehabilitación Oral en la población del ámbito de Intervención de AISPED   |
| 15 | Realizar actividades para el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), Seguro Integral de Salud (SIS), Convenio FED, Convenio de Acuerdos de Gestión y otros. |
| 16 | Producción SIS – HIS, acorde al cumplimiento de metas de indicadores establecidos en la Región.  |
| 17 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales.  |

## COORDINACIONES PRINCIPALES

### Coordinaciones Internas

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

### Coordinaciones Externas

Todas la Unidades Orgánicas.

## FORMACIÓN ACADÉMICA

| A.) Formación Académica   | B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto   | C.) ¿Se requiere Colegiatura?  |
|---|---|--|
| <p><i>Incompleta Completa</i></p> <p><input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 o 2 años) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 o 4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> | <p><input type="checkbox"/> Egresado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Bachiller</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Titulado</p> <p><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Estudios</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Requiere habilitación profesional?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|   | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Cirujano Dentista</div>  |  |

Maestría

Egresado

Titulado

### CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

|   |
|---|
| Conocimiento en normas técnicas vigentes del MINSA                                      |
| Conocimiento en Atención Estomatológica Preventiva, Recuperativa y Especializada Básica |
| Conocimiento Norma Técnica de AISPED  |
| Conocimiento en MAIS BFC  |

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 d

|   |
|---|
| Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos: |
| Conocimientos en Odontopediatria.                               |
| Conocimientos en Rehabilitación Oral.                           |
| Conocimientos en Odontología Preventiva y/o Comunitaria.        |

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |           |          |
|------------|------------------|--------|-----------|----------|
|            | No aplic.        | Básico | Intermedi | Avanzado |
| Word       |                  | X      |           |          |
| Excel      |                  | X      |           |          |
| PowerPoint |                  | X      |           |          |

| IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|---------|------------------|--------|------------|----------|
|         | No aplic.        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Inglés  | x                |        |            |          |
| Quechua |                  | X      |            |          |
| .....   |                  |        |            |          |

### EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

|  |
|--|
| 02 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL (INCLUYE SERUMS). |
|--|

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante/ profesional     Auxiliar o Asistente     Analista / Especialista     Supervisor / Coordinador     Jefe de Área o     Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público:

|  |
|--|
| 02 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL (INCLUYE 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 pú

\* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones ec

|  |
|--|
| 02 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL (INCLUYE SERUMS). |
|--|

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

|  |
|--|
| Resolución de termino de SERUMS, habilidad profesional vigente original. |
|--|

### HABILIDADES O COMPETENCIAS

|  |
|--|
| CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA               |
| CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION             |
| COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA  |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO    |
| ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.         |

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Unidad Orgánica:                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Denominación:                     | OBSTETRA PARA AISPED                       |
| Nombre del puesto:                | OBSTETRA PARA AISPED                       |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA   |
| Puestos que supervisa:            | NO APLICA                                  |
| Codigo de la Plaza:               | OBST-AISPED 3                              |

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención obstétrica de salud en el ámbito de su competencia a la mujer, familia y la comunidad en forma sistematizada y coordinada con los demás profesionales de la salud.

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |   |
|----|---|
| 1  | Planificar, programar, coordinar y ejecutar todas las actividades de Salud Sexual Reproductiva, Cáncer y ITS-VIH/SIDA, en el ámbito de Intervención del Equipo AISPED   |
| 2  | Promover el uso de los métodos anticonceptivos modernos en la población MEF y VEF   |
| 3  | Realizar la atención prenatal enfocada con calidad y oportunidad en las gestantes   |
| 4  | promover los partos institucionales en los establecimientos según capacidad resolutive.   |
| 5  | Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad, así como personal del establecimiento de salud.  |
| 6  | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población en el ámbito de Intervención del Equipo AISPED   |
| 7  | 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. |
| 8  | Participar en el desarrollo de actividades docentes y de investigación en el campo de obstetricia, programados por el establecimientos debidamente autorizado.  |
| 9  | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales del AISPED, para su envío a los niveles que corresponde   |
| 10 | Realizar actividades para el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población excluida y Dispersa en el marco del presupuesto por resultados (PpR), SIS y otros convenios de salud.   |
| 11 | realizar Campañas de atención integral de Salud en comunidades del ámbito de intervención   |
| 12 | Realizar actividades extramurales priorizando la captación de gestantes en el primer trimestre al 100% y otras actividades programadas.   |
| 13 | Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia contra referencia   |
| 14 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de Acreditación de EESS  |
| 15 | Usos correcto y conservación de los Equipos y bienes del EESS   |
| 16 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales  |
| 17 | Mantener limpio el Establecimiento de Salud   |
| 18 | Realizar la atención integral de salud de la población excluida y dispersa de su jurisdicción de la MICRORED según necesidad  |
| 19 | Realizar 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 y otros).  |
| 20 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato y/o Superior, acorde a los objetivos institucionales.   |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

#### Coordinaciones Externas

Todas la Unidades Orgánicas.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### A.) Formación Académica

|  | Incompleta               | Completa                            |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Secundaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

#### B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

|  |                                   |                                   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                     | Obstetra                          |                                   |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                       |                                   |                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Especialidad                    |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Egresado                        | <input type="checkbox"/> Titulado | <input type="checkbox"/> estudios |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                       |                                   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Egresado                        |                                   |                                   |

#### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

#### ¿Requiere profesional? habilitación

Sí  No

**CONOCIMIENTOS**

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

|   |
|---|
| CONOCIMIENTOS EN NORMAS TECNICAS VIGENTES DEL MINSA |
| ACREDITAR CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS         |
| CONOCIMIENTO EN MAIS BFC                            |

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.*

|   |
|---|
| ACREDITAR CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS.                    |
| CONOCIMIENTO DE NORMA TECNICA DE AISPED                         |
| Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos: |
| CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS.                              |

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |            |          | IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|------------|------------------|--------|------------|----------|---------|------------------|--------|------------|----------|
|            | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |         | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Word       |                  | X      |            |          | Inglés  | X                |        |            |          |
| Excel      |                  | X      |            |          | Quechua |                  | X      |            |          |
| PowerPoint |                  | X      |            |          | .....   |                  |        |            |          |

**EXPERIENCIA**

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

|   |
|---|
| 01 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL. (INCLUIDO SERUMS) |
|---|

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

|   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Practicante o profesional | <input type="checkbox"/> Auxiliar o Asistente | <input checked="" type="checkbox"/> Analista / Especialista | <input checked="" type="checkbox"/> Supervisor / Coordinador | <input checked="" type="checkbox"/> Jefe de Área o Dpto. | <input type="checkbox"/> Gerente o Director |
|---|---|---|--|--|---|

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

|   |
|---|
| 02 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL. (INCLUIDO 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:

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público | <input type="checkbox"/> NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público. |
|--|---|

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

|   |
|---|
| 01 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL. (INCLUIDO SERUMS) |
|---|

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

|   |
|---|
| RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE |
|---|

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

|  |
|--|
| CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA               |
| CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION             |
| COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA  |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO    |
| ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.         |

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|  |  |
|--|--|
| <b>Unidad Orgánica:</b>                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| <b>Denominación:</b>                     | MEDICO CIRUJANO                            |
| <b>Nombre del puesto:</b>                | MEDICO CIRUJANO                            |
| <b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| <b>Dependencia Jerárquica funcional:</b> | DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-HVCA           |
| <b>Puestos que supervisa:</b>            | CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD        |
| Codigo de Plaza:                         | MED-04                                     |

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar Atención Médica Integral en las diferentes etapas de vida promocional, preventivos, recuperativo y rehabilitación en los establecimientos de Salud de Primer nivel con prioridad en la atención del niño y la gestante.

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |  |
|----|--|
| 1  | Organizar, Planificar, Evaluar y Supervisar las actividades delegadas al EESS acorde a los objetivos institucionales   |
| 2  | Supervisar la aplicación adecuada del tratamiento médico establecido para el paciente de acuerdo a normas y guías de atención aprobada y vigentes.   |
| 3  | Realizar la evaluación, atención y seguimiento de pacientes que requieran intervenciones quirúrgicas sencillas de emergencia   |
| 4  | Interpretar análisis de laboratorio, placas, radiografías, electrocardiogramas y otros exámenes de ayuda diagnóstica   |
| 5  | Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos médicos con prioridad en las enfermedades prevalentes del niño y la gestante.   |
| 6  | Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidas a la familia y comunidad así como personal de establecimiento de salud según el MAIS BFC. |
| 7  | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR) y convenios SIS, FED, evaluación de desempeño y otros              |
| 8  | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población y proponer requerimiento mensual de los medicamentos e insumos quirúrgicos.   |
| 9  | Organizar y participar campañas de Atención Médica, Atención Integral de Salud y Educación para la Salud en Establecimientos del ámbito de su jurisdicción..   |
| 10 | Participar en el desarrollo de actividades de fortalecimiento de capacidades e investigación del personal de su cargo programados por el Establecimiento.  |
| 11 | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde                                 |
| 12 | Elaborar Historia Clínicas, expedir certificados nacimiento, defunciones y otros que se encuentren establecidos en normas vigentes   |
| 13 | Realizar visitas domiciliarias efectivas priorizando el programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal.  |
| 14 | Apoyar en la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano  |
| 15 | Implementar y/o fortalecer la gestión de la calidad mediante la implementación de proyectos de mejora y auditoría de la calidad de registros   |
| 16 | Realizar 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 | Realizar la implementación y fortalecimiento de la Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad  |
| 18 | Manejo adecuado de bioseguridad  |
| 19 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de Acreditación de Establecimientos de Salud  |
| 20 | Uso correcto y conservación de los equipos y bienes asignados por su jefe Inmediato, Jefe Inmediato Superior y/u otros .   |
| 21 | Realizar la Toma de ecografías a las gestantes certificado   |
| 22 | Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia contrareferencia   |
| 23 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales   |
| 24 | Mantener limpio su área de trabajo y el establecimiento de salud   |
| 25 | Otras funciones Asignadas por el Jefe inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales   |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

**Coordinaciones Externas**  
 Todas la Unidades Orgánicas.

**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>      |  |                             |
|   | <i>Incompleta</i>        | <i>Completa</i>                     | <input type="checkbox"/> Egresado(a)   | Médico Cirujano | <input checked="" type="checkbox"/> Sí    | <input type="checkbox"/> No            |                             |
| <input type="checkbox"/> Secundaria                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> Bachiller   |                 | ¿Requiere<br>habilitación<br>profesional? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica<br>(1 o 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura                     |                 |   |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior<br>(3 o 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> Maestría  |                 |   |  |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado          |                 |   |  |                             |
|   |                          |                                     | <input type="checkbox"/> Doctorado   |                 |   |  |                             |
|   |                          |                                     | <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado          |                 |   |  |                             |

**CONOCIMIENTOS**

**A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaría):**  
 Conocimiento en Emergencias Obstétricas y Neonatales, AIEPI Clínico, Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria y demás Normas Técnicas existentes y vigentes del MINSA  
 Conocimiento en ecografía

**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:

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |            |          | IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|------------|------------------|--------|------------|----------|---------|------------------|--------|------------|----------|
|            | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |         | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Word       |                  | X      |            |          | Inglés  | X                |        |            |          |
| Excel      |                  | X      |            |          | Quechua | X                |        |            |          |
| PowerPoint |                  | X      |            |          | .....   |                  |        |            |          |

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**  
 Indique la **cantidad total de años de experiencia laboral**; ya sea en el sector público o privado.  
 1 AÑOS DE EXPERIENCIA INCLUIDO SERUMS

**Experiencia específica**  
**A.)** Marque el **nivel mínimo de puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:  
 Practicante o profesional     Auxiliar o Asistente     Analista / Especialista     Supervisor / Coordinador     Jefe de Área o Dpto.     Gerente o Director

**B.)** Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto**; ya sea en el sector público o privado:  
 1 AÑOS DE EXPERIENCIA INCLUIDO 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 que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.  
 1 AÑOS DE EXPERIENCIA INCLUIDO SERUMS

\* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.  
 RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

|  |
|--|
| CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA               |
| CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION             |
| COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA  |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO    |
| ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.         |



## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Unidad Orgánica:                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Denominación:                     | PSICOLOGO PARA LA RED DE SALUD             |
| Nombre del puesto:                | PSICOLOGO PARA LA RED DE SALUD             |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-HVCA           |
| Puestos que supervisa:            | MICROREDES /CENTROS DE SALUD               |
| Código de Plaza:                  | PSIC-05                                    |

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en el campo asistencial, técnico y administrativo de la psicología a pacientes de acuerdo a las guías y protocolos establecidos, con la finalidad de lograr la prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, familia y comunidad.

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |   |
|----|---|
| 1  | Formular, proponer y difundir las normas, protocolos de la ESNSMYCP.  |
| 2  | Elaborar la propuestas de Directivas  |
| 3  | Elaborar la propuestas y ejecución de Convenios con otras Instituciones   |
| 4  | Programación SIGA , PpR Control y Prevención Salud Mental.  |
| 5  | Realizar la Ejecución Presupuestal del PP 131 Control y Prevención de la Salud Mental.  |
| 6  | Elaborar la propuesta para la redefinición de las redes de salud mental de la región.   |
| 7  | Coordinar con la DEMID y el responsable del SIS; para mantener el stock adecuado y oportuno de los insumos y medicamentos que se utilizan en la Estrategia.   |
| 8  | Vigilancia y control de la morbilidad de salud mental en la región.   |
| 9  | Analizar la información mensual, trimestral y anual que envían las Microredes de Salud de la Red de salud y Región para elaborar un informe ejecutivo y ser enviado a la Dirección de Atención Integral de Salud.                       |
| 10 | Identificar zonas de riesgo para la implementación de planes de intervención.   |
| 11 | Análisis de los diferentes indicadores de gestión para medir resultados.  |
| 12 | Retroalimentar la información consolidada por cada Micro red de salud.  |
| 13 | Organizar e implementar estrategias para la prevención de la morbi-mortalidad de salud mental.  |
| 14 | Programar en forma anual los planes operativos de la coordinación.  |
| 15 | Efectuar supervisiones y monitoreo de actividades operativos de la atención de la salud mental en las redes y establecimientos de riesgo que requiere asistencia técnica.   |
| 16 | Realizar permanentemente el análisis de los factores de riesgo de salud mental y buscar estrategias para su prevención y control.   |
| 17 | Aplicar las habilidades cognitivas y conductuales para observar, describir, analizar, diagnosticar y resolver los problemas o conflictos en las interacciones humanas y asegurar un buen clima y desarrollar la cultura organizacional. |
| 18 | Otras funciones que el Jefe inmediato considere conveniente para el logro de las metas y objetivos.   |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

TODO LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

#### Coordinaciones Externas

TODAS LA UNIDADES ORGANICAS.

### FORMACIÓN ACADÉMICA

**A.) Formación Académica**

|                               | Incompleta               | Completa                            |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Secundaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Técnica Básica (1 ó 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Técnica Superior (3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Universitario                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto**

|   |           |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                | PSICOLOGO |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                                  |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura            |           |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                   |           |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |           |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                  |           |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |           |

**C.) ¿Se requiere Colegiatura?**

Sí  No

**¿Requiere habilitación profesional?**

Sí  No

**CONOCIMIENTOS**

**A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):**

Conocimientos vinculados a las funciones del puesto

**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:

Capacitación en gerencia de servicios de salud o/y afines

capacitación en clima orgnanizacional, terapia familiar/ especializacion en psicologia comunitaria (opcional) y otros afines al puesto

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |                                     |            |          |
|------------|------------------|-------------------------------------|------------|----------|
|            | No aplica        | Básico                              | Intermedio | Avanzado |
| Word       |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |            |          |
| Excel      |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |            |          |
| PowerPoint |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |            |          |

| IDIOMAS | Nivel de dominio                    |        |            |          |
|---------|-------------------------------------|--------|------------|----------|
|         | No aplica                           | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Inglés  | <input checked="" type="checkbox"/> |        |            |          |
| Quechua | <input checked="" type="checkbox"/> |        |            |          |
| .....   |                                     |        |            |          |

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**

Indique la **cantidad total de años de experiencia laboral**; ya sea en el sector público o privado.

2 AÑOS DE EXPERIENCIA INCLUIDO SERUMS

**Experiencia específica**

A.) Marque el **nivel mínimo de puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector publico o privado:

Practicante o profesional    
  Auxiliar o Asistente    
  Analista / Especialista    
  Supervisor / Coordinador    
  Jefe de Área o Dpto.    
  Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto**; ya sea en el sector público o privado:

1 AÑOS DE EXPERIENCIA

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 que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

1 AÑOS DE EXPERIENCIA INCLUIDO SERUMS

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

RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA

|  |
|--|
| CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION             |
| COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA  |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO    |
| ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.         |

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Unidad Orgánica:                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Denominación:                     | PSICOLOGO                                  |
| Nombre del puesto:                | PSICOLOGO                                  |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-HVCA           |
| Puestos que supervisa:            | CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD        |
| Código de Plaza :                 | PSICO-06                                   |

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en el campo asistencial de la psicología a pacientes de acuerdo a las guías y protocolos establecidos, con la finalidad de lograr la prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, familia y comunidad.

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |  |
|----|--|
| 1  | Realizar la evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención psicológica, aplicando e interpretando pruebas de evaluación psicológica, para la recuperación y rehabilitación de la salud mental del paciente. |
| 2  | Realizar la administración, evaluación y control de las terapias psicológicas que se efectúan en las distintas áreas especializadas del ejercicio profesional.   |
| 3  | Elaborar y aplicar guías y programas psicoterapéutico para la atención del paciente y su entorno familiar.   |
| 4  | Participar en actividades desarrollo humano dirigida a lograr mejores niveles de vida y bienestar general.   |
| 5  | Identificar e intervenir de manera oportuna en problemas y trastornos de salud mental.   |
| 6  | Realizar el tamizaje y manejo de pacientes con problemas y trastornos de salud mental.   |
| 7  | Capacitar al 100 % de personal de salud de su jurisdicción en la aplicación de la ficha de tamizaje VIF.   |
| 8  | Realizar interconsultas de psicología a todos los pacientes con tratamiento de TBC – VIH/SIDA.   |
| 9  | Realizar evaluación de violencia intrafamiliar en el niño y gestante   |
| 10 | Garantizar el cumplimiento del paquete completo según PPR de los pacientes identificados con problemas y trastornos de salud mental.   |
| 11 | Realizar talleres: Habilidades sociales en niños y adolescentes, pautas de crianzas y familias fuertes.  |
| 12 | Realizar 01 capacitación al mes como mínimo al personal de salud en temas de salud mental.   |
| 13 | Atender a la población afectada por violencia política.  |
| 14 | Realizar la referencia y contra referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.  |
| 15 | Reducir la vulnerabilidad de las personas afectadas en situación de emergencias y desastres  |
| 16 | Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (familias, comunidades, instituciones Educativas y Municipios Saludables)   |
| 17 | Implementar y/o fortalecer la gestión de la calidad mediante la implementación de proyectos de mejora <input type="checkbox"/> Realizar visitas de seguimiento al 100% de casos de salud mental.                 |
| 18 | Realizar el registro de datos en los sistemas de información de salud (HIS, SIS y otros).  |
| 19 | Efectivizar el buen clima organizacional de la jurisdicción de su Establecimiento de Salud.  |
| 20 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales.  |
| 21 | Manejo Adecuado de bioseguridad  |
| 22 | Uso correcto y conservación de los equipos y bienes del Establecimiento de Salud.  |
| 23 | Mantener limpio el Establecimiento de Salud  |
| 24 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación de Establecimiento de Salud.  |
| 25 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales   |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

Con personal de la salud de su unidad orgánica y otras unidades.

#### Coordinaciones Externas

Microrred de Salud, Organizaciones e instituciones locales y Agentes comunitarios de salud

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### A.) Formación Académica

|  | Incompleta               | Completa                            |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Secundaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 o 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 o 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

#### B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                | PSICOLOGO / LICENCIADO EN PSICOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                                  |                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura            |                                      |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                                      |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                                      |

#### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Requiere habilitación profesional?    |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**CONOCIMIENTOS**

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

Conocimientos vinculados a las funciones del puesto

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:

capacitación en clima organizacional, terapia familiar/ especialización en psicología comunitaria (opcional) y otros afines al puesto

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |            |          |
|------------|------------------|--------|------------|----------|
|            | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Word       |                  | x      |            |          |
| Excel      |                  | x      |            |          |
| PowerPoint |                  | x      |            |          |

| IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|---------|------------------|--------|------------|----------|
|         | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Inglés  | X                |        |            |          |
| .....   |                  |        |            |          |

**EXPERIENCIA**

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

01 año, mínimo incluyendo el SERUMS

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

 Practicante profesional   
 Auxiliar o Asistente   
 Analista / Especialista   
 Supervisor / Coordinador   
 Jefe de Área o Dpto.   
 Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

01 año

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 que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.*

1 año, mínimo

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

RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.

# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Unidad Orgánica:                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Denominación:                     | NUTRICIONISTA                              |
| Nombre del puesto:                | NUTRICIONISTA                              |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-HVCA           |
| Puestos que supervisa:            | CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD        |
| Código de Plaza:                  | NUTRI-07                                   |

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar una atención con calidad y oportuna en nutrición, para contribuir a cumplir con los objetivos estratégicos que se tiene como Región Huancavelica

## FUNCIONES DEL PUESTO

|    |   |
|----|---|
| 1  | Coordinar y ejecutar las actividades de intervención, prevención y promoción de Alimentación y Nutrición Saludable  |
| 2  | Efectuar orientación y consejería nutricional de acuerdo a los resultados de los hallazgos clínicos a pacientes en riesgo para mejorar su salud   |
| 3  | Participar conjuntamente con equipos interdisciplinarios de alimentación, nutrición y salud, en la solución de la problemática sanitaria nutricional, alimenticia y dietética del hombre, la familia y la comunidad   |
| 4  | Garantizar la complementación alimentaria y suplementación con micronutrientes a poblaciones en riesgo  |
| 5  | Realizar el seguimiento y visitas domiciliarias priorizando los niños menores de 3 años y gestantes en el del PROFAM  |
| 6  | Desarrollar la vigilancia del estado nutricional según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), HIS y datos del SIS   |
| 7  | Realizar la inspección de almacenes de alimentos, servicios de alimentación de programas sociales de alimentación   |
| 8  | Realizar gestión con los Gobiernos Locales en el marco de la implementación del TDI.  |
| 9  | Garantizar el cumplimiento de los indicadores SIS y FED   |
| 10 | Supervisar y brindar asistencia técnica del trabajo de las actividades de nutrición a los responsables de nutrición de los establecimientos de salud.   |
| 11 | Realizar actividades intramurales (40%), actividades extramurales (30%), Visitas Domiciliarias (20%) y actividades administrativas (10%).   |
| 12 | Promover, preservar y recuperar el estado nutricional y salud de las personas   |
| 13 | Elaboración de recetas de combinaciones de alimentos balanceados por grupo etario, utilizando productos propios de la localidad.  |
| 14 | Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (familias, comunidades, instituciones y Municipios Saludables), con énfasis en el escenario de familias saludables.  |
| 15 | Establecer, programar y evaluar las coberturas de las actividades preventivas promocionales de nutrición y alimentación; a través de una óptima integración de los servicios de las personas por etapas de vida.  |
| 16 | Realizar evaluación del estado nutricional a niños menores de 3 años, madres gestantes, y público en general  |
| 17 | Realizar evaluación nutricional a pacientes de la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis.   |
| 18 | Vigilar el estado nutricional de la población, para detectar la magnitud y gravedad de los problemas alimentario nutricional que la afectan.  |
| 19 | Promover la educación alimentaria y nutricional, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en toda oportunidad o contacto con la población  |
| 20 | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población  |
| 21 | Supervisar, coordinar y ejecutar actividades innatas en alimentación y nutrición en el marco de la Atención Integral del niño y la gestante   |
| 22 | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, en alimentación y nutrición; tales como la suplementación de micronutrientes por etapas de vida, consejerías nutricionales, sesiones demostrativas, vigilancia comunitaria del estado nutricional, deficiencias del consumo de yodo en sal, asistencia alimentaria de los programas sociales, e inspección de locales de preparación de alimentos; para su envío a los niveles que corresponde |
| 23 | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR)   |

## COORDINACIONES PRINCIPALES

### TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

#### Coordinaciones Internas

### TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

#### Coordinaciones Externas

### TODAS LAS UNIDADES ORGANICAS, PERSONAS NATURALES Y/O JURIDICAS.

## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Incompleta               | Completa                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Egresado(a) | LICENCIADO EN NUTRICION |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bachiller   |                         |

### C.) ¿Se requiere

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Requiere <b>habilitación</b>           |                             |

|  |                          |                                     |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Técnica Básica<br>(1 o 2 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior<br>(3 o 4 años)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado | <input type="checkbox"/> |

|  |
|--|
| profesional?   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**CONOCIMIENTOS**

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):

CAPACITACION EN TEMAS AFINES A LA PROFESION

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:

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |            |          |
|------------|------------------|--------|------------|----------|
|            | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Word       |                  | X      |            |          |
| Excel      |                  | X      |            |          |
| PowerPoint |                  | X      |            |          |

| IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|---------|------------------|--------|------------|----------|
|         | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Inglés  | X                |        |            |          |
| Quechua | x                |        |            |          |
| .....   |                  |        |            |          |

**EXPERIENCIA**

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público y privado

01 AÑOS DE EXPERIENCIA, \*INCLUYE SERUMS

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante/  Auxiliar o  Analista /  Supervisor /  Jefe de Área o  Gerente o

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

01 AÑOS DE EXPERIENCIA, \*INCLUYE 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 que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

01 AÑOS DE EXPERIENCIA INCLUYE SERUMS

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

Resolución de termino de SERUMS (Biólogo) , Constancia de habilidad profesional vigente.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

|  |
|--|
| CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA               |
| CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION             |
| COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA  |
| CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO    |
| ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.         |



## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Unidad Orgánica:                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Denominación:                     | ENFERMERA (O)                              |
| Nombre del puesto:                | ENFERMERA (O)                              |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-HVCA           |
| Puestos que supervisa:            | CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD        |
| Código de Plaza:                  | LIC-08                                     |

### MISIÓN DEL PUESTO

Realizar la atención Integral de las personas en sus diferentes etapas de vida con prioridad en la etapa de vida niño a través del modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad, para el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos que se tiene como Región Huancavelica

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |  |
|----|--|
| 1  | Realizar las actividades según el marco técnico normativo y legal en la etapa de vida niño con el paquete de atención integral completo, con prioridad en el niño menor de 5 años.   |
| 2  | Realizar la conservación y manipulación de los biológicos para la inmunidad de los niños vacunados   |
| 3  | Captar y detectar oportunamente los riesgos de desnutrición y desarrollo para luego ser recuperados.   |
| 4  | Realizar la atención integral en las demás etapas de vida según las normas vigentes y dar orientación, consejería.   |
| 5  | Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (Familias, Comunidades, Instituciones Educativas y Municipios Saludables). Participar en las actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad. Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales. |
| 6  | Reducir la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres.   |
| 7  | Realizar la Implementación de la atención integral basada en familia y promover buen clima organizacional de su EE.SS  |
| 8  | Efectuar los registros relacionados a la atención de los pacientes y otros que competen al servicio de enfermería  |
| 9  | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación de EE.SS.   |
| 10 | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias de convenio de gestión, SIS y FED, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR) y convenios.   |
| 11 | Actualizar mensualmente el padrón nominado del niño menor de 05 años y gestantes de su establecimiento asignado.   |
| 12 | Realizar el registro correcto de datos en los sistemas de información de salud (HIS, SIS, SIEN, Hechos vitales, SISMED, NOTI) y otros sistemas alternos.   |
| 13 | Uso correcto y conservación de los equipos y bienes asignados por su jefe Inmediato, Jefe Inmediato Superior y/u otros.  |
| 14 | Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia y contrareferencia   |
| 15 | Brindar asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud de su jurisdicción   |
| 16 | Realizar actividades intramurales 40%, extramurales en un 40% y 20% de labor administrativa en el ámbito de su jurisdicción. Con un total de 240 actividades mensuales.  |
| 17 | Mantener limpio su área de trabajo y el establecimiento de salud   |
| 18 | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde   |
| 19 | Coordinar y monitorear el trabajo del equipo de enfermería a su cargo, verificando que se esté efectuando de acuerdo a las guías, protocolos, normas técnicas y directivas de prácticas clínicas.  |
| 20 | El personal de salud se hará cargo de los EESS de salud designados según padrón nominal dentro de su microred.   |
| 21 | Otras funciones asignadas por el Jefe Inmediato superior, acorde a los objetivos institucionales.  |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

**Coordinaciones Externas**

**Todas la Unidades Orgánicas.**

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

**A.) Formación Académica**

|  | Incompleta               | Completa                            |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Secundaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 o 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 o 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                | Licenciado en Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                                  |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura            |                          |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                   |                          |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                          |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                  |                          |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                          |

**C.) ¿Se requiere Colegiatura?**

Sí  No

**¿Requiere habilitación profesional?**

Sí  No

**CONOCIMIENTOS**

**A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaría):**

Conocimiento en antropometría, atención integral de salud basado en familia y comunidad, atención integral por etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto joven , adulto mayor) y normas técnicas nacionales de salud vigentes

**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 opcionales:**

Curso de capacitación en MAIS BFC  
 Curso de capacitación en AIEPI clínico y comunitario  
 Curso de capacitación en estimulación en desarrollo  
 Curso de capacitación en lactancia materna exclusiva  
 Curso de emergencias neonatales

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |            |          |
|------------|------------------|--------|------------|----------|
|            | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Word       | X                |        |            |          |
| Excel      | X                |        |            |          |
| PowerPoint | X                |        |            |          |

| IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|---------|------------------|--------|------------|----------|
|         | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Inglés  | X                |        |            |          |
| Quechua | X                |        |            |          |
| .....   |                  |        |            |          |

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

1 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL INCLUYE SERUMS

**Experiencia específica**

**A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:**

Practicante profesional  Auxiliar o Asistente  Analista / Especialista  Supervisor / Coordinador  Jefe de Área o Dpto.  Gerente o Director

**B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público:**

1 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL INCLUYE 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 que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.*

1 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL INCLUYE SERUMS

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

RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE

HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|  |  |
|--|--|
| <b>Unidad Orgánica:</b>                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| <b>Denominación:</b>                     | OBSTETRA                                   |
| <b>Nombre del puesto:</b>                | OBSTETRA                                   |
| <b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| <b>Dependencia Jerárquica funcional:</b> | DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-HVCA           |
| <b>Puestos que supervisa:</b>            | PUESTOS DE SALUD                           |
| <b>Código de Plaza:</b>                  | OBST-09                                    |

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención obstétrica de salud en el ámbito de su competencia a la mujer, familia y la comunidad para el cumplimiento de los objetivos estratégicos que se tiene como Región Huancavelica

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |  |
|----|--|
| 1  | Planificar, programar, coordinar y ejecutar todas las actividades de Salud Sexual Reproductiva, Cáncer y ITS-VIH/SIDA, en el ámbito de su jurisdicción   |
| 2  | Brindar el paquete de atención integral en las mujeres en edad reproductiva, embarazo, parto, puerperio y peri menopausia; teniendo en cuenta el Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. |
| 3  | Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad, así como personal del establecimiento de salud.                 |
| 4  | Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de las mujeres en edad fértil y plantear estrategias de trabajo local.  |
| 5  | Vigilancia y control de la morbilidad materna perinatal  |
| 6  | Participar en el desarrollo de actividades docentes y de investigación en el campo de obstetricia, programados por el establecimientos debidamente autorizado.   |
| 7  | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde                                 |
| 8  | Identificar oportunamente los signos de alarma y/o factores de riesgo que puedan complicar en el embarazo, parto o puerperio para la referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive          |
| 9  | Realizar las consultas medicas en caso no hubiera profesional Medico   |
| 10 | Promover el uso de los métodos anticonceptivos modernos en la población MEF y VEF  |
| 11 | Realizar la atención prenatal enfocada con calidad y oportunidad en las gestantes  |
| 12 | promover los partos institucionales en los establecimientos según capacidad resolutive.  |
| 13 | Cumplimiento de las Normas, Guías, Directivas y protocolos de atención de la Salud Sexual y Reproductiva, ITS VIH/SIDA y Cáncer  |
| 14 | Realizar actividades extramurales priorizando la captación de gestantes en el primer trimestre al 100% y otras actividades programadas.  |
| 15 | Realizar 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 y otros).                                 |
| 16 | Brindar asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud de su jurisdicción   |
| 17 | Realizar actividades para el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), SIS y otros convenios de salud.                |
| 18 | Participar en las actividades de capacitación y de gestión de la calidad del Área.   |
| 19 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de Acreditación de EESS   |
| 20 | Uso correcto y conservación de los equipos y bienes asignados por su jefe Inmediato, Jefe Inmediato Superior y/u otros .   |
| 21 | Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia y contra referencia  |
| 22 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales   |
| 23 | Mantener limpio el Establecimiento de Salud y áreas de su competencia  |
| 24 | Realizar atenciones integrales en el ámbito de su jurisdicción   |
| 25 | Realizar la toma de ecografías a las gestantes con personal certificado  |
| 26 | Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (Familias, Comunidades, Instituciones Educativas y Municipios Saludables).  |
| 27 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación de EE.SS  |
| 28 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales.  |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

|  |
|--|
| <b>Coordinaciones Internas</b>                           |
| Todos los Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción. |
| <b>Coordinaciones Externas</b>                           |
| Todas la Unidades Orgánicas.                             |

**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>  |
| <p style="text-align: center;"><i>Incompleta      Completa</i></p> <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Egresado(a)<br><input type="checkbox"/> Bachiller<br><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura<br><input type="checkbox"/> Especialidad<br><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado <input type="checkbox"/> estudios<br><input type="checkbox"/> Doctorado<br><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br>¿Requiere habilitación profesional?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|  | OBSTETRA  |   |

**CONOCIMIENTOS**

**A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):**

|  |
|--|
| CONOCIMIENTOS EN NORMAS TECNICAS VIGENTES DEL MINSA  |
| ACREDITAR CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS.         |
| CONOCIMIENTO EN CORRECTO RELLENADO DE FUAS           |
| CONOCIMIENTO EN CONVENIOS DE GESTIÓN, SIS, FED, ETC. |

**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.*

|  |
|--|
| ACREDITAR CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS. |
|--|

**Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos opcionales:**

|   |
|---|
| CURSO DE METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA     |
| CURSO DE PREVENCION Y CONTROL DE CÁNCER |
| CURSO DE ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA   |
| CURSOS DE ECOGRAFIAS.                   |

Para establecimientos que cuentan con ecógrafo haber culminado diplomado de ecografía.

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |            |          |
|------------|------------------|--------|------------|----------|
|            | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Word       |                  | X      |            |          |
| Excel      |                  | X      |            |          |
| PowerPoint |                  | X      |            |          |

| IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|---------|------------------|--------|------------|----------|
|         | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Inglés  | X                |        |            |          |
| Quechua | X                |        |            |          |
| .....   |                  |        |            |          |

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**

Indique la **cantidad total de años de experiencia laboral**; ya sea en el sector público o privado.

|  |
|--|
| 01 AÑOS DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS) |
|--|

**Experiencia específica**

**A.) Marque el nivel mínimo de puesto** que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

|   |   |  |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Practicante o profesional | <input type="checkbox"/> Auxiliar o Asistente | <input type="checkbox"/> Analista / Especialista | <input type="checkbox"/> Supervisor / Coordinador | <input type="checkbox"/> Jefe de Área o Dpto. | <input type="checkbox"/> Gerente o Director |
|---|---|--|---|---|---|

**B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto;** ya sea en el sector público o privado:

|  |
|--|
|  |
|--|

01 AÑOS DE EXPERIENCIA (INCLUIDO 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 que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

01 AÑOS DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

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

RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS Y HABILIDAD PROFESIONAL VIGENTE

#### HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Unidad Orgánica:                  | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Denominación:                     | PILOTO DE AMBULANCIA                       |
| Nombre del puesto:                | PILOTO DE AMBULANCIA                       |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-HVCA           |
| Puestos que supervisa:            | CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD        |
| Código de Plaza :                 | PILOT-10                                   |

### MISIÓN DEL PUESTO

GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LAS UNIDADES MOVILES Y EL TRASLADO DE PACIENTES A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MAYOR COMPLEJIDAD DE LA RED DE SALUD TAYACAJA

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |  |
|----|--|
| 1  | Conducir vehículos de transporte y reportar las ocurrencias del servicio.  |
| 2  | Transportar a los pacientes en estado de emergencia cuando lo requiera.  |
| 3  | Tener conocimientos básicos de primeros auxilios.  |
| 4  | Efectuar mantenimiento operativo del vehículo a su cargo   |
| 5  | Verificar y reportar permanentemente la operatividad del equipo biomédico de la Ambulancia   |
| 6  | Velar por el adecuado uso del vehículo asignado  |
| 7  | Velar por el adecuado funcionamiento del vehículo, a fin de detectar oportunamente desperfectos mecánicos y eléctricos, debiendo informar al jefe inmediato.                                     |
| 8  | Requerir oportunamente el mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo asignado.   |
| 9  | Dar conformidad dentro de su competencia al mantenimiento y reparación del vehiculó a su cargo.  |
| 10 | Mantener actualizado la Bitácora del vehículo asignado.  |
| 11 | Portar la documentación actualizada del vehículo a su cargo.   |
| 12 | En caso de accidentes en perjuicio de terceros, solicitar la ayuda de emergencia y/o conducir al (los) herido (s) al centro asistencial de salud más cercano y asesoría legal de la institución. |
| 13 | Otras funciones Asignadas por el Jefe inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales   |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

TODOS LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

#### Coordinaciones Externas

TODAS LA UNIDADES ORGANICAS.



## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

|  | Incompleta               | Completa                            |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 o 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 o 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/> Universitario                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

### B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                | LICENCIA DE CONDUCIR A-IIB |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                                  |                            |
| <input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura                       |                            |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                   |                            |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                            |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                  |                            |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                            |

### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

### ¿Licencia de Conducir Vigente?

Sí  No

## CONOCIMIENTOS

### A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaría):

Curso de Capacitación en Mecánica Automotriz

Curso de Capacitación en Reanimación cardiopulmonar

Curso de primeros auxilios

### 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:

|  |
|--|
|  |
|  |

### C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |            |          |
|------------|------------------|--------|------------|----------|
|            | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Word       | X                |        |            |          |
| Excel      | X                |        |            |          |
| PowerPoint | X                |        |            |          |

| IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|---------|------------------|--------|------------|----------|
|         | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Inglés  | X                |        |            |          |
| Quechua | X                |        |            |          |
| .....   |                  |        |            |          |

## EXPERIENCIA

### Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

2 AÑOS DE EXPERIENCIA GENERAL

### Experiencia específica

#### A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

Practicante profesional   
  Auxiliar o Asistente   
  Analista / Especialista   
  Supervisor / Coordinador   
  Jefe de Área o Dpto.   
  Gerente o Director

#### B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

2 AÑOS DE EXPERIENCIA

#### 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 que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

2 AÑOS DE EXPERIENCIA

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

Licencia de Conducir Vigente A2/ Record de conducción original o copia.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.

**CAPITULO II**

**ANEXOS**

ANEXO N° 01

CARTA DE DECLARACION JURADA DE DATOS DEL POSTULANTE

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-**  
**2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**

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 (*)        |            |            |           |
|                            | Dist.: (*) | Prov.: (*) | Dep.: (*) |
| Fecha de nacimiento (*)    |            |            |           |
| N° de DNI (*)              |            |            |           |
| N° de RUC (*)              |            |            |           |
| Teléfono Fijo              |            |            |           |
| Teléfono Móvil             |            |            |           |
| Correo electrónico         |            |            |           |
| Número de Cuenta Corriente |            |            |           |
| Número total de folios (*) |            |            |           |

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 02**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES**

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-  
2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**

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, declaro bajo juramento:

- Que cumpliré con las prestaciones a mi cargo relacionadas al objeto de la contratación.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 004**

**CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO**

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-  
2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**  
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, declaro bajo juramento:

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

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

ANEXO N° 04

CARTA DE DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-**  
**2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**  
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, 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° 020-2007 "Normas de Austeridad y Racionalidad en el Gasto Público", el cual precisa que en el Sector Público no se podrá percibir simultáneamente remuneración y pensión, incluidos honorarios por servicios no personales, asesorías o consultorías, salvo por función docente y la percepción de dietas por participación de uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas, el cual se encuentra concordante con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley N° 28175 - Ley Marco del Empleo Público.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

ANEXO N° 05

LEY N° 26771 - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-**  
**2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**

Presente.-

De mi consideración:

Declaro bajo juramento que no me une parentesco alguno hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con persona que a la fecha viene prestando servicios al Gobierno Regional de Huancavelica, bajo cualquier vinculación laboral o contractual que tengan la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público o que tenga injerencia directa o indirecta en el proceso de selección.

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

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento que en el Gobierno Regional de Huancavelica 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:

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

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante



**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE**

El que suscribe, ....., Identificado(a) con DN N°....., domiciliado en:....., postulante al proceso de Convocatoria para la Contratación Administrativa de Servicios N° 0004 – 2019. DECLARO BAJO JURAMENTO que la siguiente información de mi representada se sujeta a la verdad:

**HOJA DE VIDA**

**I DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno :

Apellido Materno :

Nombres :

Fecha de Nacimiento :

Lugar de Nacimiento :

Documento de Identidad :

RUC :

Estado Civil :

Dirección :

Teléfono :

Correo Electrónico :

Persona con discapacidad :  NO  SI N°DE FOLIO..... (Deberá adjuntar la resolución sustentatorio)

Licenciado de las Fuerzas Armadas:  NO  SI N°DE FOLIO..... (Deberá adjuntar documento sustentatorio)

## II ESTUDIOS REALIZADOS

| TITULO O GRADO     | ESPECIALIDAD | FECHA DE EXPEDICION DE TITULO (**)(MES/AÑO) | CENTRO DE ESTUDIOS | CIUDAD | FOLIO |
|--------------------|--------------|---|--------------------|--------|-------|
| DOCTORADO          |              |   |                    |        |       |
| MAESTRIA           |              |   |                    |        |       |
| TITULO PROFESIONAL |              |   |                    |        |       |
| ESTUDIO TECNICOS   |              |   |                    |        |       |
| IDIOMA EXTRANJERO  |              |   |                    |        |       |
| EDUCACIÓN BASICA   |              |   |                    |        |       |

(\*) Dejar en blanco para aquellos que no aplique.

(\*\*) Si no tiene título, especificar si: Está en trámite, es egresado, estudio curso

### III EXPERIENCIA LABORAL

**Experiencia laboral general** tanto en el sector público como privado  
(comenzar por la más reciente)

#### CARTA DE PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIA EN EL OBJETO DE LA CONTRATACION

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-  
2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**

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° **0004-  
2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**, presento la relación de los servicios en el objeto de  
la contratación realizados por mi persona:

| N° | Nombre del objeto de la prestación | Fecha de Inicio / Término de la prestación | PERIODO Meses y/o años | N° de FOLIO |
|----|------------------------------------|--|------------------------|-------------|
| 1  |                                    | 01 de enero 2019 al 31 de marzo 2019       | 004 meses              | 100-2013    |
| 2  |                                    |  |                        |             |
| 3  |                                    |  |                        |             |
| 4  |                                    |  |                        |             |
| 5  |                                    |  |                        |             |

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

#### NOTA

- 1: Agregar filas, si en caso lo requiera.
- 2: Aquellas propuestas que no consignen los datos en el cuadro, no serán tomados en cuenta.
- 3: En caso de comprobarse falsedad alguna a los datos consignados me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal, tipificado como delito contra la fe pública en general.

ANEXO N° 07

CARTA DE PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIA EN CAPACITACIONES

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-  
2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**  
Presente.-

De mi consideración:

El que suscribe ....., identificado con DNI  
N° ....., con RUC N° ....., domiciliado en  
....., que se presenta como  
postulante de la Contratación de Personal **CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE  
SERVICIOS N° 0004-2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**, presento la  
relación de la experiencia en capacitación en el objeto de la contratación realizados por  
mi persona:

| N° | NOMBRE DE LA EXPERIENCIA<br>EN CAPACITACIÓN | FECHA | DURACION | N° DE<br>FOLIO |
|----|---|-------|----------|----------------|
| 1  |   |       |          |                |
| 2  |   |       |          |                |
| 3  |   |       |          |                |
| 4  |   |       |          |                |
| 5  |   |       |          |                |

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**NOTA**

- 1: Agregar filas, si en caso lo requiera.
- 1: Aumentar Filas, si en caso si lo requiere.
- 1: Aquellas propuestas que no consignen los datos en el cuadro, no serán tomados en cuenta.

ANEXO N° 08

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE  
ALIMENTOS

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-  
2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**  
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**, 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.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

ANEXO N° 09

DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE LA DOCUMENTACION  
PRESENTADA

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-  
2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**  
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**, declaro bajo juramento:

- Que todo el currículum vitae presentado a la convocatoria es copia fiel de la documentación original.
- En caso de comprobarse falsedad alguna a los datos consignados me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal, tipificado como delito contra la fe pública en general.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

ANEXO N° 10

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES JUDICIALES,  
POLICIALES NI PENALES

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-**  
**2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**  
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**, declaro bajo juramento:

- Que no registro antecedentes judiciales.
- Que no registro antecedentes policiales.
- Que no registro antecedentes penales.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

ANEXO N° 11

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER SANCION POR FALTA  
ADMINISTRATIVA

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 0004-  
2019/GOB.REG.HVCA/DIRESA/UERST-CAS**  
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**, declaro bajo juramento no  
tener sanción por falta administrativa.

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante