

*“Año de la Universalización de la Salud”*

UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD  
TAYACAJA

**PROCESO CAS SEGÚN DISPOSICIONES  
EXTRAORDINARIAS EN MATERIAL DE CONTRATACIÓN DE  
PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO**



**CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE  
SERVICIOS –CAS 2020-D.U N°029-2020**

**“PROFESIONALES, NO PROFESIONALES Y  
TECNICOS ASISTENCIALES”.**

**ABRIL – 2020**

**BASES DE CONVOCATORIA CAS TEMPORAL N°001-2020-COVID-19**

**I. GENERALIDADES**

**1.1.- Objeto de la Convocatoria**

Contratar Personal Asistencial de manera temporal bajo el régimen laboral especial del Decreto Legislativo N°1057 - CAS, para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del **Coronavirus COVID-19** en la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja .

<b>CONTRATACIÓN DE PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD EN EL MARCO DEL DECRETO DE URGENCIA N° 029-2020</b>								
ITEM	PROFESIÓN	CODIGO	AREA LABORAL	CANT.	MENSUAL S/.	PROG.PRES.	META	PLAZO DE CONTRATO
1	MEDICO CIRUJANO	CODIGO N°1528	C.S COLCABAMBA	1	6,000.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
				1	6,000.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
2	BIOLOGO(A)	CODIGO N° 387	C.S COLCABAMBA	1	3,500.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
			C.S SURCUBAMBA	1	3,500.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
3	TECNICO EN LABORATORIO	CODIGO N°2131	C.S ACOSTAMBO	1	2,500.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
			C.S SURCUBAMBA	1	2,500.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
4	PILOTO DE AMBULANCIA	CODIGO N°0417	C.S ACRAQUIA	1	2,000.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
			C.S HUARIBAMBA	1	2,000.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
			C.S TINTAY PUNCU	1	2,000.00	DON Y TRNS. APNOP	127	DEL 01-MAYO-2020 AL 30-JUNIO- 2020
TOTAL DE PLAZAS				9				

**1.2.- Dependencia, Unidad Orgánica y/o Área solicitante**

Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja - Área usuaria.

**1.3.- Dependencia encargada de realizar el proceso de la contratación**

El área usuaria seleccionará al postulante para la contratación respectiva.

**1.4.- Base Legal**

- a. Decreto de Urgencia N° 029-2020, que establece medidas extraordinarias en materia de personal del sector público.
- b. Decreto de Urgencia N° 037-2020, que establece medidas complementarias para el Sector Salud en el marco de la Emergencia Sanitaria por los efectos del Coronavirus (COVID-19)

## II. **CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO**

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de la prestación del Servicio	Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja Jr.Mariscal Cáceres N° 906 Pampas
Duración del Contrato Temporal	02 Meses
Remuneración total	Indicado en el numeral 1.1.
Otras condiciones del contrato	Disponibilidad inmediata

## III. **MODALIDAD DE POSTULACION**

### **Postulación vía electrónica**

Las personas interesadas en participar en el proceso de selección y que cumplan con los requisitos establecidos para cada perfil de puesto convocado, deberán enviar al correo electrónico: [redtayacaja@redsaludtayacaja.gob.pe](mailto:redtayacaja@redsaludtayacaja.gob.pe), la FICHA ÚNICA DE DATOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL (ANEXO 1), debidamente llenada y el CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO, ambos archivos deberán de ser remitidos en formato PDF (Peso máximo del archivo 24MB), indicando en el asunto del correo electrónico el ítem y el cargo al cual postula.

Señores <a href="#">UNIDAD EJECUTORA 403 RED DE SALUD TAYACAJA</a>
SOBRE N° 1: SOBRE CURRICULAR
NOMBRE DEL POSTULANTE.....
ITEM AL CUAL POSTULA: ..... CÓDIGO DE PLAZA N°
..... N° DE FOLIOS DE C/ EJEMPLAR.....

La remisión de lo expuesto deberá de realizarse en el horario y fecha establecida en el cronograma (ver numeral IV). Caso contrario NO se evaluará lo presentado.

La información consignada en la Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal (**ANEXO 1**), tienen carácter de declaración jurada, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve la entidad.

### **NOTA:**

1. Los archivos remitidos para la postulación al concurso CAS que no se reciban en formato PDF, no serán consideradas aptas para el proceso.
2. El **CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO** a remitir en PDF, **solo** deberá de contener los documentos requeridos en el formato de perfil del puesto.

## IV. **CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO (\*)**

“Año de la Universalización de la Salud”

	CONVOCATORIA	FECHA Y HORA
1	<b>Publicación Vía Electrónica:</b> Publicación de la Convocatoria CAS COVID 19, en Facebook: RED DE SALUD TAYACAJA	Del 29 al 30 de Abril del 2020
2	<b>Postulación Vía Electrónica:</b> Presentación de Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal y CV documentado al siguiente correo: <a href="mailto:redtayacaja@redsaludtayacaja.gob.pe">redtayacaja@redsaludtayacaja.gob.pe</a> .	Del 29 al 30 de Abril del 2020 hasta las 17:30 horas
3	Evaluación del cumplimiento de requisitos.	El 30 de Abril del 2020
4	Publicación de Resultados de la Evaluación Curricular u Hoja de Vida	30 de Abril del 2020 en la Página Institucional. Facebook: RED DE SALUD TAYACAJA
5	Suscripción del Contrato e Inicio de Actividades	01 de Mayo del 2020

\* La publicación de resultados se realizarán en Facebook: RED DE SALUD TAYACAJA

## V. DOCUMENTOS A PRESENTAR

### 5.1. De la presentación de Hoja de Vida

La información consignada en el Curriculum Vitae u Hoja de Vida debe contener la información solicitada de acuerdo al perfil del puesto al cual va a postular.

### 5.2. Presentación Ficha Única de Datos

La Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal debe estar correctamente llenada y sin ninguna enmendadura. Este documento tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleva a cabo la entidad.

## VI. DE LA DECLARATORIA DEL PROCESO DESIERTO

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

- Cuando no se presentan los postulantes al proceso de selección
- Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos

## VII. ENVÍO DE DOCUMENTOS

La entrega de la Ficha Única de Datos debe estar correctamente llenada y sin ninguna enmendadura, conjuntamente con los documentos que sustenten el currículum vitae presentado (formación académica,

*“Año de la Universalización de la Salud”*

experiencia laboral y capacitación) **en formato PDF al correo electrónico** [redtayacaja@redsaludtayacaja.gob.pe](mailto:redtayacaja@redsaludtayacaja.gob.pe) **indicando en el asunto del correo electrónico el ítem y el cargo al cual postula.**

**VIII.**

**PERFIL DEL PUESTO:**

**Los postulantes deberán cumplir con los requisitos exigidos en el perfil de puesto de cada plaza convocada.**

## **ANEXOS**



PERÚ

Ministerio de Salud


Secretaría General

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Universalización de la Salud"

**ANEXO 1**

**Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal dispuesto en el  
Decreto de Urgencia N° 029-2020**

 PERÚ Ministerio de Salud Secretaría General Oficina General de Gestión de Recursos Humanos				Foto actualizada	
<b>Ficha Única de Datos</b>					
La Oficina General de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.					
<b>DATOS PERSONALES</b>					
Apellidos y Nombres:					
DNI N°		RUC N°			
Fecha de nacimiento		/ /		Distrito-Provincia-Departamento	
Teléfono fijo				Teléfono móvil	
Correo electrónico personal				Grupo sanguíneo	
Enfermedades /Alergias					
En caso de emergencia contactar a:					
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia			
Estado Civil ( ) Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Viudo (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Conviviente					
Discapacidad ( ) Sí ( ) No					
Tipo de discapacidad ( ) Físicas ( ) Sensoriales ( ) Mentales ( ) Intelectuales					
<b>DOMICILIO</b>					
Tipo de Vía (marcar con "X")					
( ) Avenida ( ) Jirón ( ) Calle ( ) Pasaje ( ) Alameda ( ) Malecón ( ) Óvalo					
( ) Parque ( ) Plaza ( ) Carretera ( ) Trocha ( ) Otros: Especificar					
Nombre de la vía :		Número :			
		Interior :			
Tipo de Zona (marcar con "X")					
( ) Urbanización ( ) Pueblo Joven ( ) Unidad Vecinal ( ) Conjunto Habitacional					
( ) Asentamiento Humano ( ) Cooperativa ( ) Residencial ( ) Zona Industrial					
( ) Grupo ( ) Caserío ( ) Fundo ( ) Otros especificar					
Nombre de la zona:		Número :			
		Interior :			
Ubicación geográfica:		Departamento		Provincia	
				Distrito	
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)					
<b>DATOS FAMILIARES</b>					
Apellidos y Nombres:		Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Universalización de la Salud"

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado		Nº de Colegiatura	
Estudios Superiores (Universitario - Técnico)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/ Egresado/ Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Especialización - Diplomados			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Cursos - Seminarios			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

DATOS LABORALES
Experiencia Laboral
Institución / Empresa Cargo - Actividad desempeñada Inicio Término
Labores de docencia
Centro de Enseñanza Curso Dictado Inicio Término
DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES
Declaro bajo juramento lo siguiente:
[SI] [NO] REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
[SI] [NO] REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
[SI] [NO] REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
[SI] [NO] TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)
[SI] [NO] ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)
[SI] [NO] ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)
[SI] [NO] ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE
[SI] [NO] ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO
[SI] [NO] TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY Nº 30794
[SI] [NO] TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVS.
[SI] [NO] SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) A L g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO
[SI] [NO] PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ÓRGANOS COLEGIADOS
LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR
Fecha Día Mes Año Firma:





# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO ANEXO A

ITEM N°001

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano	DIRECCIÓN EJECUTIVA
Unidad Orgánica	IPRESS (CENTRO DE SALUD ACOSTAMBO, COLCABAMBA, QUICHUAS, PAZOS, HUARIBAMBA)
Puesto Estructural	NO APLICA
Nombre del puesto:	MEDICO CIRUJANO (CODIGO N°1528)
Dependencia jerárquica lineal:	JEFE (A) DE LA IPRESS
Dependencia funcional:	NO APLICA
Puestos a su cargo:	NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar Atención Médica Integral en las diferentes etapas de vida en el Marco de la Emergencia Sanitaria Nacional a causa del COVID-19

## FUNCIONES DEL PUESTO

1	Conformar y liderar el Equipo de Respuesta Rápida para atención de COVID-19
2	Evaluar al paciente con sintomatología respiratoria en IPRESS o domicilio, realizando anamnesis y examen clínico, identificar factores de riesgo, signos de alarma y realiza la clasificación del caso (leve, moderado y severo), para definir el manejo de acuerdo al flujograma de la normativa vigente.
3	Realizar la evaluación, atención y seguimiento de pacientes que requieran intervenciones quirúrgicas sencillas de emergencia
4	Coordinar la referencia si el paciente presenta signos de alarma, derivar al establecimiento de salud a cargo de la atención de casos moderados.
5	Realizar la ficha de seguimiento clínico en el contexto de transmisión comunitaria por COVID-19.
6	Reportar al responsable de epidemiología de la Red de Salud para efectos de vigilancia epidemiológica
7	Realizar el seguimiento clínico presencial por visita domiciliaria
8	Realizar el seguimiento clínico a distancia del caso y sus contactos
9	Interpretar análisis de laboratorio, placas, radiografías, electrocardiogramas y otros exámenes de ayuda diagnóstica
10	Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos médicos según clasificación de caso COVID-19, co morbilidad
11	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 Modelo de Ciudadano Integral, en la persona, familia y comunidad.
12	Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población y proponer requerimiento de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.
13	Participar en el desarrollo de actividades de fortalecimiento de capacidades en el marco de la normatividad vigente.
14	Elaborar Historia Clínicas, certificado de defunción, y demás formatos vigentes en el marco del COVID-19, realizando el registro en el aplicativo que corresponda
15	Manejo adecuado de bioseguridad, utilizando de manera correcta los EPP
16	Uso correcto y conservación de los equipos y bienes asignados por su jefe Inmediato, Jefe Inmediato Superior y/u otros .
17	Cumplir con la normatividad vigente en el Marco del COVID-19.
18	Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales
19	Mantener limpio su área de trabajo y el establecimiento de salud
20	Constatar el fallecimiento de personas en IPRESS, domicilio o vía pública, y actuar de acuerdo a normativa vigente respecto a Manejo de Cadáveres en el Marco del COVID-19.
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 Y LAS IPRESS BAJO SU JURISDICCIÓN

Coordinaciones Externas:  
NO APLICA

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) Nivel Educativo	B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos	C) ¿Colegiatura?																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Incompleta</th> <th>Completa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></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 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Universitaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Incompleta	Completa	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado(a) <input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;">MEDICO CIRUJANO</div> <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;">NO APLICA</div> <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;">NO APLICA</div>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> D) ¿Habilitación profesional? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Incompleta	Completa																		
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<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"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																		

**CONOCIMIENTOS**

**A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No se requiere sustentar con documentos):**

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), normas técnicas nacionales de salud vigente, Conocimiento de la normatividad .

**B) Cursos y 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.**

NO APLICA

**C) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos**

OFIMÁTICA	Nivel de dominio				IDIOMAS / DIALECTO	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado		No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos		<input checked="" type="checkbox"/>			Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Hojas de cálculo		<input checked="" type="checkbox"/>			Quechua	<input checked="" type="checkbox"/>			
Programa de presentaciones		<input checked="" type="checkbox"/>			Otros (Especificar)				
Otros (Especificar)					Otros (Especificar)				
Otros (Especificar)					Observaciones.-				
Otros (Especificar)									

**EXPERIENCIA**

Experiencia general

Indique el tiempo total de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

01 AÑO DE EXPERIENCIA INCLUIDO EL SERUMS

Experiencia específica

**A.** Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto** en la función o la materia:

01 AÑO DE EXPERIENCIA INCLUIDO EL SERUMS

**B.** En base a la experiencia requerida para el puesto (**parte A**), señale el tiempo requerido en el **sector público**:

01 AÑO DE EXPERIENCIA INCLUIDO EL SERUMS

**C.** 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 Area o Departamento     Gerente o Director

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

Haber realizado actividades laborales en el ambito de ingeniería hospitalaria.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

PROACTIVIDAD, RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, RESOLUCION DE CONFLICTOS, TRABAJO EN EQUIPO, PLANIFICACION, ORIENTACION A RESULTADOS.

**REQUISITOS ADICIONALES**

NO APLICA



# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO ANEXO A

ITEM N°002

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano	DIRECCION EJECUTIVA
Unidad Orgánica	(CENTRO DE SALUD COLCABAMBA,ACRAQUIA, SURCUBAMBA)
Puesto Estructural	NO APLICA
Nombre del puesto:	<b>BIOLOGO (CODIGO N° 387)</b>
Dependencia jerárquica lineal:	JEFATURA DE IPRESS
Dependencia funcional:	NO APLICA
Puestos a su cargo:	NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Realizar actividades de su competencia en el Marco de la Emergencia Sanitaria Nacional a causa del COVID-19

## FUNCIONES DEL PUESTO

1	Conformar el Equipo de Respuesta Rápida para atención de COVID-19
2	Capacitar al personal de salud ambiental en la eliminación de residuos sólidos-biocontaminados.
3	Capacitar al personal de salud en el uso correcto y óptimo de los EPP y bioseguridad.
4	Dar asistencia técnica en temas de desinfección para el IPRESS y si lo requiere autoridades locales.
5	Realizar toma de muestra molecular caso sospechoso COVID-19.
6	Realizar toma de muestra de inmunocromatografía caso sospechoso COVID-19.
7	Realizar lectura e interpretación de los resultados de inmunocromatografía, caso sospechoso COVID-19.
8	Realizar el seguimiento clínico presencial por visita domiciliaria
9	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 Modelo de Ciudadano Integral, en la persona, familia y comunidad.
10	Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población y proponer requerimiento de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.
11	Participar en el desarrollo de actividades de fortalecimiento de capacidades en el marco de la normatividad vigente.
12	Elaboración de formatos vigentes en el marco del COVID-19, realizando el registro en el aplicativo que corresponda
13	Manejo adecuado de bioseguridad, utilizando de manera correcta los EPP
14	Uso correcto y conservación de los equipos y bienes asignados por su jefe Inmediato, Jefe Inmediato Superior y/u otros .
15	Cumplir con la normatividad vigente en el Marco del COVID-19.
16	Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales
17	Mantener limpio su área de trabajo y el establecimiento de salud
18	Acciones que correspondan respecto a Manejo de Cadáveres en el Marco del COVID-19 en IPRESS, domicilio.
19	Otras funciones Asignadas por el Jefe inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales

## COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas:

Abastecimiento de insumos para el laboratorio bajo su cargo. Trabajo en grupo y bajo presión.

Coordinaciones Externas:

Con la Red de Salud, Puestos de Salud de su jurisdicción y Comunidad.

## FORMACIÓN ACADÉMICA

A) Nivel Educativo	B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos	C) ¿Colegiatura?																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Incompleta</th> <th>Completa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></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 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Universitaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Incompleta	Completa	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado(a) <input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">TITULO UNIVERSITARIO</div> <input checked="" type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado NO APLICA	SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> D) ¿Habilitación profesional? SÍ <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Incompleta	Completa																		
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<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"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																		

## CONOCIMIENTOS

A) Conocimientos principales requeridos para el puesto (*se requiere sustentar con documentos*):

CERTIFICADOS DE CAPACITACIONES, DIPLOMADOS EN EL AREA CLINICA.

B) Cursos y Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:

ANALISIS CLINICO

C) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos

OFIMÁTICA	Nivel de dominio				IDIOMAS / DIALECTO	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado		No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos		<input checked="" type="checkbox"/>			Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Hojas de cálculo		<input checked="" type="checkbox"/>			Quechua	<input checked="" type="checkbox"/>			
Programa de presentaciones		<input checked="" type="checkbox"/>			Otros (Especificar)				
Otros (Especificar)					Otros (Especificar)				
Otros (Especificar)					Observaciones.-				
Otros (Especificar)									

## EXPERIENCIA

### Experiencia general

Indique el tiempo total de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

02 AÑOS

### Experiencia específica

A. Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto** en la función o la materia:

01 AÑO

B. En base a la experiencia requerida para el puesto (**parte A**), señale el tiempo requerido en el **sector público**:

01 AÑO

C. 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 Area o Departamento     Gerente o Director

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

## HABILIDADES O COMPETENCIAS

RESOLUCION DE CONFLICTOS, TRABAJO EN EQUIPO, PLANIFICACION, ORIENTACION A RESULTADOS. CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA, CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL, CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION, COMPROMISO INSTITUCIONAL, ETICA Y VALORES

## REQUISITOS ADICIONALES

RESOLUCIÓN DE TERMINO DE SERUMS



# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## ANEXO A

ITEM N°003

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano	DIRECCION EJECUTIVA
Unidad Orgánica	(CENTRO DE SALUD DANIEL HERNANDEZ, S.I ACOBAMBA, C.S ACOSTAMBO, C.S SURCUBAMBA)
Puesto Estructural	NO APLICA
Nombre del puesto:	<b>TECNICO EN LABORATORIO</b>
Dependencia jerárquica lineal:	JEFE DE LA IPRESS
Dependencia funcional:	NO APLICA
Puestos a su cargo:	NO APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

Realizar actividades de su competencia en el Marco de la Emergencia Sanitaria Nacional a causa del COVID-19

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Conformar el Equipo de Respuesta Rápida para atención de COVID-19
2	Realizar toma de muestra molecular caso sospechoso COVID-19.
3	Realizar toma de muestra de inmunocromatografía caso sospechoso COVID-19.
4	Reforzar los conocimientos del personal de salud ambiental en la eliminación de residuos sólidos-biocontaminados.
5	Reforzar los conocimientos del personal de salud en el uso correcto y óptimo de los EPP y bioseguridad.
6	Dar asistencia técnica en temas de desinfección para el IPRESS y si lo requiere autoridades locales.
7	Realizar el seguimiento clínico presencial por visita domiciliaria
8	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 Modelo de Ciudadano Integral, en la persona, familia y comunidad.
9	Participar del análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población y proponer requerimiento de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.
10	Participar en el desarrollo de actividades de fortalecimiento de capacidades en el marco de la normatividad vigente.
11	Elaboración de formatos vigentes en el marco del COVID-19, realizando el registro en el aplicativo que corresponda
12	Manejo adecuado de bioseguridad, utilizando de manera correcta los EPP
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 en el Marco del COVID-19.
15	Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales
16	Mantener limpio su área de trabajo y el establecimiento de salud
17	Acciones que correspondan respecto a Manejo de Cadáveres en el Marco del COVID-19 en IPRESS, domicilio.
18	Otras funciones Asignadas por el Jefe inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales

### COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas:

Trabajo en grupo y bajo presión, CALIBRACION DE PRUEBAS Y EQUIPOS.

Coordinaciones Externas:

Con la Red de Salud, Puestos de Salud de su jurisdicción y Comunidad.

## FORMACIÓN ACADÉMICA

A) Nivel Educativo	B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos	C) ¿Colegiatura?																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Incompleta</th> <th>Completa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></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 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Universitaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Incompleta	Completa	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado(a) <input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">TITULO</div> <input checked="" type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado NO APLICA	SÍ <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> D) ¿Habilitación profesional? SÍ <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Incompleta	Completa																		
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<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 checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

## CONOCIMIENTOS

A) Conocimientos principales requeridos para el puesto (*se requiere sustentar con documentos*):

CERTIFICADOS DE CAPACITACIONES, DIPLOMADOS EN EL AREA CLINICA.

B) Cursos y Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:

ANALISIS CLINICO

C) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos

OFIMÁTICA	Nivel de dominio				IDIOMAS / DIALECTO	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado		No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos		<input checked="" type="checkbox"/>			Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Hojas de cálculo		<input checked="" type="checkbox"/>			Quechua	<input checked="" type="checkbox"/>			
Programa de presentaciones		<input checked="" type="checkbox"/>			Otros (Especificar)				
Otros (Especificar)					Otros (Especificar)				
Otros (Especificar)					Observaciones.-				
Otros (Especificar)									

## EXPERIENCIA

### Experiencia general

Indique el tiempo total de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

01 AÑO

### Experiencia específica

A. Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto** en la función o la materia:

01 AÑO

B. En base a la experiencia requerida para el puesto (**parte A**), señale el tiempo requerido en el **sector público**:

01 AÑO

C. 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 Area o Departamento     Gerente o Director

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

## HABILIDADES O COMPETENCIAS

RESOLUCION DE CONFLICTOS, TRABAJO EN EQUIPO, PLANIFICACION, ORIENTACION A RESULTADOS. CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA, CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL, CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION, COMPROMISO INSTITUCIONAL, ETICA Y VALORES

## REQUISITOS ADICIONALES

CURSOS EN BIOLOGIA - ANALISIS CLINICO- MANEJOS DE MUESTRAS BIOLOGICAS



# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## ANEXO A

ITEM N°04

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano	DIRECCIÓN EJECUTIVA
Unidad Orgánica	(CENTRO DE SALUD HUARIBAMBA, TINTAY PUNCU, C.S ACRAQUIA)
Puesto Estructural	NO APLICA
Nombre del puesto:	<b>PILOTO DE AMBULANCIA (CODIGO: 0417)</b>
Dependencia jerárquica lineal:	JEFE (A) DE LA IPRESS
Dependencia funcional:	NO APLICA
Puestos a su cargo:	NO APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LAS UNIDADES MOVILES, TRASLADO DE EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA Y PACIENTES EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL A CAUSA DEL COVID-19

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Conformar el Equipo de Respuesta Rápida en el Marco del COVID-19
2	Conducir vehículos de transporte y reportar las ocurrencias del servicio.
3	Trasladar al personal del ERR. Para las vistas domiciliarias
4	Trasladar al personal del ERR. Para la toma de muestra del caos sospechoso COVID-19
5	Trasladar al personal de salud y paciente confirmado caso COVID-19 a otro IPRESS de mayor capacidad resolutive
6	Transportar a los pacientes en estado de emergencia cuando lo requiera.
7	Tener conocimientos básicos de primeros auxilios.
8	Efectuar mantenimiento operativo del vehículo a su cargo
9	Realizar la desinfección del vehículo utilizado en el traslado del ERR en conjunto con el responsable de salud ambiental.
10	Realizar la desinfección de la Ambulancia que realiza referencia de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en conjunto con el responsable de salud ambiental.
11	Realizar la desinfección de la cápsula de traslado en la que se realiza referencia de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en conjunto con el responsable de salud ambiental.
12	Verificar y reportar permanentemente la operatividad del equipo biomédico de la Ambulancia
13	Velar por el adecuado uso del vehículo asignado
14	Velar por el adecuado funcionamiento del vehículo, a fin de detectar oportunamente desperfectos mecánicos y eléctricos, debiendo informar al jefe inmediato.
15	Requerir oportunamente el mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo asignado.
16	Dar conformidad dentro de su competencia al mantenimiento y reparación del vehículo a su cargo.
17	Mantener actualizado la Bitácora del vehículo asignado.
18	Portar la documentación actualizada del vehículo a su cargo.
19	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.
20	Acciones que correspondan respecto a Manejo de Cadáveres en el Marco del COVID-19 en IPRESS, domicilio.
21	Otras funciones Asignadas por el Jefe inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales

### COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas:

Todas las Unidades Orgánicas de su centro de salud y establecimientos de salud bajo su jurisdicción.

Coordinaciones Externas:

NO APLICA

## FORMACIÓN ACADÉMICA

A) Nivel Educativo	B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos	C) ¿Colegiatura?																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Incompleta</th> <th>Completa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Universitaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Incompleta	Completa	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Egresado(a) <input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 5px 0;">CERTIFICADO DE ESTUDIOS</div> <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado NO APLICA <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado NO APLICA	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> D) ¿Habilitación profesional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Incompleta	Completa																		
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

## CONOCIMIENTOS

A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (*No se requiere documentación sustentatoria*):

Conocimiento de Mecánica Automotriz, Primeros Auxilios

B) Cursos y 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.

NO APLICA

C) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos

OFIMÁTICA	Nivel de dominio				IDIOMAS / DIALECTO	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado		No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos		<input checked="" type="checkbox"/>			Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Hojas de cálculo		<input checked="" type="checkbox"/>			Quechua	<input checked="" type="checkbox"/>			
Programa de presentaciones		<input checked="" type="checkbox"/>			Otros (Especificar)				
Otros (Especificar)					Otros (Especificar)				
Otros (Especificar)					Observaciones.-				
Otros (Especificar)									

## EXPERIENCIA

### Experiencia general

Indique el tiempo total de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

02 AÑOS

### Experiencia específica

A. Indique el tiempo de **experiencia requerida para el puesto** en la función o la materia:

01 AÑO

B. En base a la experiencia requerida para el puesto (**parte A**), señale el tiempo requerido en el **sector público**:

01 AÑO

C. 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 Area o Departamento     Gerente o Director

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

NO APLICA


## 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.

## REQUISITOS ADICIONALES

LICENCIA DE CONDUCIR A-IIIB



		Foto actualizada		
<b>Ficha Única de Datos</b>				
<p>El Equipo de Recursos Humanos de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja, solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>				
DATOS PERSONALES				
Apellidos y Nombres:				
DNI N°		RUC N°		
Fecha de nacimiento	/ /	Distrito-Provincia-Departamento		
Teléfono fijo		Teléfono móvil		
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo		
Enfermedades /Alergias				
En caso de emergencia contactar a:				
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia		
Estado Civil	( ) Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Viudo (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Conviviente			
Discapacidad	( ) Sí ( ) No			
Tipo de discapacidad	( ) Físicas ( ) Sensoriales ( ) Mentales ( ) Intelectuales			
DOMICILIO				
Tipo de Vía (marcar con "X")				
( ) Avenida ( ) Jirón ( ) Calle ( ) Pasaje ( ) Alameda ( ) Malecón ( ) Óvalo ( ) Parque ( ) Plaza ( ) Carretera ( ) Trocha ( ) Otros: Especificar				
Nombre de la vía :		Número : Interior :		
Tipo de Zona (marcar con "X")				
( ) Urbanización ( ) Pueblo Joven ( ) Unidad Vecinal ( ) Conjunto Habitacional ( ) Asentamiento Humano ( ) Cooperativa ( ) Residencial ( ) Zona Industrial ( ) Grupo ( ) Caserío ( ) Fundo ( ) Otros especificar				
Nombre de la zona:		Número : Interior :		
Ubicación geográfica:	Departamento	Provincia Distrito		
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)				
DATOS FAMILIARES				
Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

<b>DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS</b>			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado	/ /	Nº de Colegiatura	
<b>Estudios Superiores (Universitario - Técnico)</b>			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
<b>Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)</b>			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
<b>Especialización - Diplomados</b>			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
<b>Cursos - Seminarios</b>			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
<b>IDIOMAS</b>			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado

DATOS LABORALES			
<b>Experiencia Laboral</b>			
Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
<b>Labores de docencia</b>			
Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
<b>DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES</b>			
Declaro bajo juramento lo siguiente:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS.	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ÓRGANOS COLEGIADOS	
SI	NO		
LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR			
<b>Fecha</b>	/ /	<b>Firma:</b>	
	Día Mes Año		