

**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

# **UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD DE TAYACAJA**

**CONCURSO PUBLICO CAS N° 005-2017**

## **BASES**

**CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACIÓN  
ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS - CAS 2017**

**“PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD”  
PROFESIONALES Y TECNICOS ADMINISTRATIVOS”.**

**MAYO - 2017**

# PROCESO CAS N° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS- UERST

## **CAPÍTULO I** **GENERALIDADES**

### **I. ENTIDAD CONVOCANTE**

Nombre : UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD TAYACAJA  
RUC N° : 20601077133

#### **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 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° 30518-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017.
- 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. CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO:**

**PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD Y ADMINISTRATIVOS PARA LA CONVOCATORIA 2017 DE LA RED DE SALUD DE TAYACAJA - PROCESO CAS N° 005-2017/GOB.REG.HVCA/GRH-CAS-UERST.**

| ITEM                | PLAZA                        | CODIGO DE PLAZA | AREA LABORAL   | CANT.    | MONTO MENSUAL | PROGRAMA PRESUPUESTAL           | FFTO   | PLAZO DE CONTRATACION |
|---------------------|------------------------------|-----------------|--|----------|---------------|---------------------------------|--------|-----------------------|
| 1                   | LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA | LIC-01          | AISPED RUTA 1: COLCABAMBA, STGO DE PICHUS Y MONTECOLPA | 1        | 3,100.00      | PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | RO-RED | 30/05/2017-31/08/2017 |
| 2                   |                              |                 | AISPED RUTA 2: SURCUBAMBA                              | 1        | 3,100.00      | PROGRAMA ARTICULADO             | RO-RED | 30/05/2017-31/08/2017 |
| 3                   | TECNOLOGO MEDICO O BIOLOGO   | TM-02           | C.S. COLCABAMBA  | 1        | 2,300.00      | TBC/VIH                         | RO-RED | 30/05/2017-31/08/2017 |
| 4                   | TECNICO INFORMATICO (HIS)    | TI-03           | CENTRO DE SALUD DE QUICHUAS                            | 1        | 1,500.00      | PAN                             | RO-RED | 30/05/2017-31/08/2017 |
| 5                   | LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA | LIC-04          | P.S. MANTACRA  | 1        | 2,300.00      | PAN                             | RO-RED | 30/05/2017-31/08/2017 |
| <b>TOTAL PLAZAS</b> |                              |                 |  | <b>5</b> |               |                                 |        |                       |

**III. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO**

| CONDICIONES                               | DETALLE   |
|---|---|
| Lugar de prestación del servicio          | Unidad Ejecutora Red de Salud de Tayacaja   |
| Duración del contrato                     | - Inicio : 30 de mayo de 2017<br>- Término : 31 de agosto de 2017   |
| 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 de la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo - Huancavelica.               | Del 04 de mayo de 2017 al 17 de mayo de 2017                                     |
| 2            | Publicación de la convocatoria en el Portal Web del Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja. | Del 18 de mayo de 2017 al 24 de mayo de 2017                                     |
| 3            | Presentación curricular, en la Secretaria de Mesa de Partes de la Red de Salud de Tayacaja.  | 25 de mayo de 2017<br>Hora: de 08:00 a.m. a 01:00.p.m. y 02:30 p.m. a 05:30 p.m. |
| SELECCIÓN    |  |  |

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| 4                        | <b>Evaluación Curricular</b>   | 26 de mayo de 2017                            |
| 7                        | <b>Publicación Preliminar de Resultados de la Evaluación Curricular</b> , en el Portal Web de Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja. | 26 de mayo de 2017<br>04:00 p.m.              |
| 8                        | <b>Recepción de Solicitudes de Reclamos y Absolución</b>   | 26 de mayo de 2017<br>04.00 p.m. A 05:00 p.m. |
| 9                        | <b>Publicación de Resultados de la Evaluación Curricular</b> , en el Portal Web de Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja.            | 26 de mayo de 2017<br>05:30 p.m.              |
| 10                       | <b>Entrevista Personal:</b><br>Lugar: Red de Salud de Tayacaja (Av. Mariscal Cáceres N° 906, del Distrito de Pampas-Tayacaja).   | 29 de mayo de 2017<br>A partir de 09:00 a.m.  |
| 11                       | <b>Publicación del resultado FINAL:</b> portal Institucional del Gobierno Regional de Huancavelica y lugares visibles de la Red de Salud de Tayacaja                               | 29 de mayo de 2017<br>05:00 p.m.              |
| 12                       | Adjudicación de Plazas   | 29 de mayo de 2017<br>A partir de 05.15 p.m.  |
| <b>INICIO DE LABORES</b> |  |   |
| 13                       | Inicio de labores  | 30 de mayo de 2017                            |

**Nota:** Los que no cumplan los requisitos mínimos, según los perfiles de puesto no podrán participar y/o serán descalificados en 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:

|  |
|--|
| <p>Señores<br/> <b>UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD TAYACAJA</b><br/> Comité Proceso de Selección</p> <p style="text-align: center;"><b>CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIO N° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST</b></p> <p>SOBRE N° 1: SOBRE CURRICULAR</p> <p>NOMBRE / RAZON SOCIAL DEL POSTULANTE.....<br/> .....</p> <p>CODIGO O ITEM AL CUAL POSTULA: .....</p> <p>N° DE FOLIOS DE C/ EJEMPLAR.....</p> |
|--|

El postulante será responsable de la exactitud y veracidad de los documentos presentados.

Los formatos podrán ser llenados por cualquier medio, incluyendo el manual, debiendo llevar la rúbrica del Postulante.

## VI. CONTENIDO DE LOS SOBRES

Se presentarán en un (1) original. Los sobres que se presentarán serán en copias legibles, **debidamente foliadas y ENUMERAR 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° 03**
- 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) Currículum Vitae, debidamente **fedateado por la Unidad Ejecutora Red de Salud de Tayacaja**, sustentado y documentado. **Anexo N° 06**
- 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 la información tal cual indica en los anexos será causal de descalificación.
- 2) Toda la documentación presentada (incluido currículo) deberá estar debidamente firmada por el postulante y debe estar foliado, caso contrario no serán considerados para la evaluación.

## 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 la comisión.
- 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>15</b>      |
|                  | 3. Capacitación                        |              |                | <b>15</b>      |
| <b>2DA ETAPA</b> | <b>ENTREVISTA PERSONAL</b>             | <b>50 %</b>  | <b>40</b>      | <b>50</b>      |
|                  | 1. Dominio Temático                    |              |                | <b>20</b>      |
|                  | 2. Capacidad Analítica                 |              |                | <b>10</b>      |
|                  | 3. Facilidad de Comunicación           |              |                | <b>12</b>      |
|                  | 4. Presentación Personal y Puntualidad |              |                | <b>08</b>      |
|                  | <b>PUNTAJE TOTAL</b>                   | <b>100 %</b> | <b>70</b>      | <b>100</b>     |

### IX. BONIFICACION:

- **Al Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas:** Se otorgara 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 otorgara una bonificación del 15 % sobre el puntaje final obtenido en la etapa de evaluación, que incluye la entrevista final, de conformidad con lo establecido en el artículo 48° de la Ley N° 29973, "Ley General de la Persona con Discapacidad", al postulante que lo haya indicado y adjuntado al Curriculum Vitae la copia fedateada de la Resolución emitida por el CONADIS.

### X. RESULTADOS DE LA EVALUACION

La relación de postulantes que resulten ganadores se publicarán en el Portal Electrónico Institucional del Gobierno Regional. ([www.regionhuancavelica.gob.pe](http://www.regionhuancavelica.gob.pe)) y/o en un lugar visible de acceso público de la Unidad Ejecutora Red de Salud Tayacaja.

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

**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.

*A la firma del contrato del postor adjudicado, el postulante deberá de presentar los originales del CURRÍCULUM VITAE.*

## **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. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- b. Por restricciones presupuestales.
- c. 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”.
- “EL POSTULANTE PARA PODER PARTICIPAR EN EL PRESENTE CONCURSO NO DEBE DE TENER VINCULO LABORAL CON ESTA INSTITUCION”.

## **XIV. PERFIL DEL PUESTO**

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Unidad Orgánica:                  | RED DE SALUD TAYACAJA                      |
| Denominación:                     | LICENCIADA EN ENFERMERIA PARA AISPED       |
| Nombre del puesto:                | LICENCIADA EN ENFERMERIA PARA AISPED       |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | RED DE SALUD TAYACAJA                      |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCION REGIONAL DE SALUD - HUANCAMELICA |
| Código de Plaza                   | LIC-01                                     |

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 5 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.  |

**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 (A) EN ENFERMERIA |
| <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"/> estudios |                              |
| <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 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 |        |            |          |
|------------|------------------|--------|------------|----------|
|            | 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.

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:                  | RED DE SALUD TAYACAJA                         |
| Denominación:                     | BIOLOGO PARA CENTROS DE SALUD                 |
| Nombre del puesto:                | BIOLOGO PARA CENTROS DE SALUD                 |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | RED DE SALUD TAYACAJA                         |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCION REGIONAL DE SALUD - HUANCVELICA     |
| Puestos que supervisa:            | MICRO RED/CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD |
| Codigo de la Plaza:               | TM-02   |

### MISIÓN DEL PUESTO

Generar resultados de calidad que apoyen el Diagnóstico Clínico y que respondan a las demandas del entorno, con la finalidad de contribuir a la prevención de enfermedades o el control de las mismas, con un alto sentido de responsabilidad, vocación de servicio, apego a principios éticos y comprometidos con el desarrollo sustentable.

### FUNCIONES DEL PUESTO

|    |   |
|----|---|
| 1  | Realizar la recepción, envío, y transporte de muestras aplicando las normas de bioseguridad.  |
| 2  | Realizar batería completo de las gestantes, puérperas y RN.   |
| 3  | Realizar el tamizaje de VIH, RPR y Dosaje de hemoglobina a la población.  |
| 4  | Realizar el descarte de parasitosis en el grupo etéreo focalizado.  |
| 5  | Realizar el paquete de análisis completo de adulto y adulto mayor.  |
| 6  | Realizar el análisis bacteriológico y parasitológico de los sistemas de agua para consumo humano.   |
| 7  | Realizar la lectura de las láminas de bacilos copia al 100% del SRI.  |
| 8  | Impulsar en la búsqueda activa de SRI, SF y Leishmaniosis.  |
| 9  | Realizar diagnósticos oportunos en microbiología, parasitología, Bioquímica, hematología y otros.   |
| 10 | Extraer las muestras de sangre según protocolo establecido para cada prueba y preparación de las muestras.  |
| 11 | Lograr el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados PPR, Convenio FED, SIS y otros. |
| 12 | Formar parte de actividades preventivo promocionales.   |
| 13 | Cumplir con las normas de bioseguridad, de acuerdo a normatividad vigente.  |
| 14 | Participar en el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales.  |
| 15 | Usar correctamente y conservar 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 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación de EE.SS.  |
| 19 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales.   |

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

TODO LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

**Coordinaciones Externas**  
**TODAS LAS UNIDADES ORGANICAS.**

**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> |                 |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |   |                                      |                            |                                    |  |  |                                   |  |   |  |                                    |  |   |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><i>Incomplet</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Completa</i></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> |  | <i>Incomplet</i>                     | <i>Completa</i> | <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" style="text-align: center; vertical-align: middle;">TECNOLOGO MEDICO O BIOLOGO</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</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) | TECNOLOGO MEDICO O BIOLOGO | <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 |  | <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> |
|  | <i>Incomplet</i>   | <i>Completa</i>                      |                 |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |   |                                      |                            |                                    |  |  |                                   |  |   |  |                                    |  |   |  |  |
| <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)   | TECNOLOGO MEDICO O BIOLOGO   |                                      |                 |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |   |                                      |                            |                                    |  |  |                                   |  |   |  |                                    |  |   |  |  |
| <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  |  |                                      |                 |                                     |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                                     |   |                                      |                            |                                    |  |  |                                   |  |   |  |                                    |  |   |  |  |

**CONOCIMIENTOS**

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

**B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.**  
*Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.*

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:  
 Diplomado en salud ambiental, Laboratorio o afines  
 Acreditar cursos y/o capacitaciones en Laboratorio Clínico.  
 Acreditar conocimiento y manejo en lectura de laminas de TBC, LEISHMANIOSIS Y MALARIA.

**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.  
 01 AÑO 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:

|   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Practicante/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:  
 01 AÑO 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 púb.*

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

01 AÑO 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, Constancia de 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:                  | RED DE SALUD DE TAYACAJA  |
| Denominación:                     | TECNICO INFORMATICO (HIS) |
| Nombre del puesto:                | TECNICO INFORMATICO (HIS) |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | RED DE SALUD TAYACAJA     |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRESA-HUANCAVELICA       |
| Código de Plaza                   | TI-03                     |

## MISIÓN DEL PUESTO

• Organizar los sistemas de información en salud .

## FUNCIONES DEL PUESTO

|    |  |
|----|--|
| 1  | Mantener las bases de datos actualizada mensualmente con los coordinadores de estrategias del Establecimiento de Salud de su                 |
| 2  | Soporte técnico en equipos informáticos. HADWARD , SOFTWARE Y Configuración e instalación de REDES LAN.                                      |
| 3  | Procesamiento de sistemas de salud (HIS, HIS REPORT, HVITAL, SEM, NOTIS, SISFAC, PADRON NOMINAL DE NIÑOS, SIEN y otros                       |
| 4  | Procesamiento de sistemas de salud via Wed (CNV, PADRON NOMINAL y VPH)   |
| 5  | Supervisión , monitoreo y asistencia técnica a los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la red Tayacaja.                          |
| 6  | Monitorizar y garantizar el funcionamiento del SIGALEN PLUS.   |
| 7  | Procesar, acumular y envío de la información con el control de calidad adecuada de datos a los responsables de programas de salud.           |
| 8  | Coordinar con las diversas instancias de la DIRESA, Microrred y Establecimientos de Salud liderando procesos para el cumplimiento de los     |
| 9  | Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades en los sistemas de información, para su envío a |
| 10 | Monitorizar y digitar al 100 % de hojas de atención (HIS) fuas (SIS) de la jurisdicción, realizando un cruce de información de HIS y SIS.    |
| 11 | Afiliaciones oportunas a los recién nacidos, menores de 05 años y gestantes al 100%  |
| 12 | Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales.  |

## COORDINACIONES PRINCIPALES

### Coordinaciones Internas

Todos los 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  |
|--|---|---|
| <i>Incompleta Completa</i><br><input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Técnica Básica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Egresado(a)<br><input type="checkbox"/> Bachiller<br><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura<br><hr/> <input type="checkbox"/> Maestría<br><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado<br><input type="checkbox"/> Doctorado<br><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No<br><br>¿Requiere habilitación profesional?<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No |
| <b>TECNICO EN COMPUTACION, EGRESADO O BACHILLER EN INGENIERIA SISTEMAS, ELECTRONICA O AFINES.</b>  |   |   |

## CONOCIMIENTOS

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

Manejo de herramientas de ofimática: Microsoft Windows, office (tablas Dinamicas) Internet y otros

### B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

**Nota :** Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

### Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Acreditar manejo de herramientas de ofimática: Microsoft Windows, office (tablas Dinamicas) Internet y otros

Acreditar experiencia en manejo de diferentes sistemas de información en salud (HIS, HISREPORT, SISFAC, SIGALENPLUS,NOTISP, SIEN

Acreditar conocimiento en manejo de sistema integrado de gestión administrativa SIGA.

Acreditar conocimientos en ejecución presupuestal

### 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.

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

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

02 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRABAJOS ADMINISTRATIVOS

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 públic

\* 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 EN EL SECTOR PÚBLICO

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

EXPERIENCIA EN MANEJO DE BASE DE DATOS EN PROGRAMAS DE SALUD/ DE PREFERENCIA CONTAR CON LICENCIA DE CONDUCIR AIIb.

**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:                  | RED DE SALUD TAYACAJA                      |
| Denominación:                     | ENFERMERA (O)                              |
| Nombre del puesto:                | ENFERMERA (O)                              |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | RED DE SALUD TAYACAJA                      |
| Dependencia Jerárquica funcional: | DIRECCION REGIONAL DE SALUD - HUANCAMELICA |
| Código de Plaza:                  | LIC-04                                     |

### 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 la administración de vacunas de acuerdo al calendario de vacunación vigente, con énfasis en los niños y niñas menores de cinco años.   |
| 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 5 años  |
| 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 Profiláctica y de tratamiento antiparasitario y seguimientos de los niños con Anemia   |
| 7  | Realizar la atención integral en las etapas de vida según las normas vigentes y dar orientación, consejería en los tipos de cáncer priorizados  |
| 8  | Implementar acciones de Promoción de la Salud en los cuatro escenarios (Familias, Comunidades, Instituciones Educativas y Municipios Saludables).   |
| 9  | Reducir la vulnerabilidad y atención de emergencias y desastres.  |
| 10 | Realizar la implementación de la atención integral basada en familia y el buen clima organizacional de su EE.SS   |
| 11 | 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.  |
| 12 | Efectuar los registros relacionados a la atención de los pacientes y otros que competen al servicio de enfermería   |
| 13 | Contribuir al cumplimiento de categorización y criterios de acreditación de EE.SS   |
| 14 | 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.                                    |
| 15 | Realizar el trabajo articulado con las autoridades e instituciones locales.   |
| 16 | Actualizar mensualmente el padrón nominado del niño menor de 05 años y gestantes de su establecimiento asignado   |
| 17 | Realizar el registro correcto de datos en los sistemas de información de salud (HIS, SIS, SIEN, Hechos vitales, SISMED, NOTI)   |
| 18 | Usos correctos y conservación de los Equipos y bienes del EESS  |
| 19 | Cumplir con la normatividad vigente del sistema de referencia contrareferencia  |
| 20 | Brindar asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud de su jurisdicción  |
| 21 | Realizar atenciones integrales en el ámbito de su jurisdicción  |
| 22 | Mantener limpio el establecimiento de salud   |
| 23 | 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              |
| 24 | 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. |
| 25 | 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 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:

Curso de capacitación en MAIS BFC

Curso de capacitación en AIEPI clínico y comunitario

Curso de capacitación en estimulación en desarrollo

**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 AÑO 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 / Coordinado     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 AÑO 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 AÑO DE EXPERIENCIA GENERAL INCLUYE SERUMS

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

5

**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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

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° 03**

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

Señores

**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**

**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-**  
**CAS-UERST**  
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° 020-2006 “Normas de Austeridad y Racionalidad en el Gasto Público”, el cual precisa que en el Sector Público no se podrá percibir simultáneamente remuneración y pensión, incluidos honorarios por servicios no personales, asesorías o consultorías, salvo por función docente y la percepción de dietas por participación de uno (1) de los directorios de entidades o empresas públicas, el cual se encuentra concordante con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley N° 28175 - Ley Marco del Empleo Público.

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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-  
CAS-UERST**

Presente.-

De mi consideración:

YO;....., 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

CARTA DE PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIA EN EL OBJETO DE LA CONTRATACION

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN**  
**CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-**  
**CAS-UERST**  
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° **005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**, 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<br>Meses y/o<br>años | N° de FOLIO |
|----|------------------------------------|--|------------------------------|-------------|
| 1  |                                    |  |                              |             |
| 2  |                                    |  |                              |             |
| 3  |                                    |  |                              |             |
| 4  |                                    |  |                              |             |
| 5  |                                    |  |                              |             |
| 6  |                                    |  |                              |             |
| 7  |                                    |  |                              |             |
| 8  |                                    |  |                              |             |
| 9  |                                    |  |                              |             |
| 10 |                                    |  |                              |             |

Huancavelica,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**NOTA 1:** Aquellas propuestas que no consignen los datos pedidos en el cuadro, no serán tomados en cuenta.

**NOTA 2:** 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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**, presento la relación de la experiencia en capacitación en el objeto de la contratación realizados por mi persona:

| N° | NOMBRE DE LA EXPERIENCIA EN CAPACITACIÓN | FECHA | DURACION | N° DE FOLIO |
|----|--|-------|----------|-------------|
| 1  |  |       |          |             |
| 2  |  |       |          |             |
| 3  |  |       |          |             |
| 4  |  |       |          |             |
| 5  |  |       |          |             |
| 6  |  |       |          |             |
| 7  |  |       |          |             |
| 8  |  |       |          |             |
| 9  |  |       |          |             |
| 10 |  |       |          |             |
| 11 |  |       |          |             |

Pampas,.....

.....  
Firma y nombre del postulante

**ANEXO N° 08**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Señores  
**COMITÉ ESPECIAL DE EVALUACIÓN  
CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-  
CAS-UERST**  
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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-**  
**CAS-UERST**  
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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

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° 005-2017/GOB.REG.HVCA/DIRESAHVCA-CAS-UERST**

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