GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA
U.E. Nª 404 RED DE SALUD ACOBAMBA.

GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA
UERSAC
DIRESA- HUANCAVELICA
MINISTERIO DE SALUD

CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS Nº 006–2022/GOB.REG.HVCA/UERS - ACOBAMBA/CEE-CAS – TEMPORAL

SEXTA CONVOCATORIA

BASES PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS POR REEMPLAZO O SUPLENCIA DE PROFESIONALES Y ASISTENCIALES DE LA SALUD, PARA LA UNIDAD EJECUTORA 404 RED DE SALUD ACOBAMBA.

ACOBAMBA, AGOSTO DE 2022

PRESIDENTE DEL COMITE

1º MIEMBRO DEL COMITE

2º MIEMBRO DEL COMITE

CAPITULO I

GENERALIDADES

1.1 ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre: UNIDAD EJECUTORA Nª 404 RED DE SALUD ACOBAMBA
RUC N°: 20601083745

1.2 DOMICILIO LEGAL

Av. San Martin Nº 466 Provincia Acobamba Departamento de Huancavelica.

1.3 OBJETO DE LA CONVOCATORIA

Realizar el concurso para desarrollar un óptimo proceso técnico de selección de los Recursos Humanos en función a sus aptitudes, competencias, habilidades, formación y experiencia para coberturar Plazas en la Unidad Ejecutora Nª 404 Red de Salud Acobamba.

1.4 FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Ordinarios. (RO), Presupuesto 2022.

1.5 BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú
- Ley N° 2778, Ley de Bases de la Descentralización
- 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 Nº 065-2011-PCM.
- Ley 30057 – Ley del servicio civil
- Ley N° 29849 – Ley que establece la eliminación Progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo 1057 y otorga Derechos Laborales.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley N° 27815, Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 29607, Simplificación de la Certificación de los antecedentes penales en beneficio de los Postulantes a un empleo.
- Ley N° 29973, Ley General de personas con discapacidad.
- D.S. N° 002-2007-JUS, Reglamento de la Ley que crea el registro de deudores alimentarios morosos.
- Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 31084, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021.
- Ley N° 31085, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021
- Ley N° 31086, Ley de Endeudamiento del Sector Público para el Año Fiscal 2021.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley Nº27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- DU N° 002-2021 establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria de atención en los establecimientos de salud en el marco de la emergencia sanitaria por la covid-19.
- Ley N° 31131, modificación del artículo 5 y 10 del decreto supremo N° 1057.
- Informe Técnico N° 00357-2021-SERVIR-GPGSC
- Artículo 5° del decreto legislativo N° 1057, norma que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios.
- Ley N° 31365 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022. Septuagésima Tercera Disposición Complementaria Final de la Ley N° 31365
- Decreto de Urgencia Nº **001**-2022, decreto de urgencia que establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria de atención en los establecimientos de salud en el marco de la emergencia sanitaria por la covid-19.
- **Resolución Directoral. N° 646-2022/GOB.REG.HVCA/UERSA/LAEP-D.**

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA PRESIDENTE DEL COMITE RED DE SALUD ACOBAMBA

MIEMBRO DEL COMITE

2º MIEMBRO DEL COMITE

- Las referidas normas incluyen sus respectivas disposiciones ampliatorias, modificatorias y conexas, de ser el caso.

1.6 DEPENDENCIA, UNIDAD ORGÁNICA Y/O ÁREA SOLICITANTE
UNIDAD EJECUTORA N° 404 - RED DE SALUD ACOBAMBA, (CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD).

1.7 DEPENDENCIA ENCARGADA DE CONDUCIR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN

- Comité Especial de Evaluación – CAS 2022.

RESUMEN DE REQUERIMIENTO DE PLAZAS PARA LA CONTRATACION DE PERSONAL CAS TEMPORAL DE LA UNIDAD EJECUTORA 404 RED DE SALUD ACOBAMBA

N°	ESTABLECIMIENTO A LABORAR	ENFERMERA/O	QUIMICO FARMACEUTICO	CHOFER	TOTAL GENERAL
1	P.S. CHOPCCAPAMPA	1			1
2	C.S. ANTA			1	1
3	RED DE SALUD ACOBAMBA		1		1
TOTAL GENERAL		1	1	1	3

UNIDAD EJECUTORA 404 RED DE SALUD ACOBAMBA

EL PERIODO DE CONTRATO SERA DESDE 02 DE SETIEMBRE HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2022

Esta información está basada en remuneración de acuerdo al perfil y las características del personal a requerir para la UNIDAD EJECUTORA 404 RED DE SALUD ACOBAMBA (Centros de Salud y Puestos de Salud).

N°	CARGO	ESTABLECIMIENTO A LABORAR	CODIGO DE CARGO	PLAZA AIRHSP	CANTIDAD DE PROFESIONAL	REMUNERACION MENSUAL	PLAZA DE CONTRATO
ASISTENCIALES - IPRESS							
1	ENFERMERA/O	P.S. CHOPCCAPAMPA	ENF-1	000083	1	2300.00	03 MESES
2	CHOFER	C.S. ANTA	CHOF - 1	000340	1	1250.00	03 MESES
ADMINISTRATIVOS - RED DE SALUD ACOBAMBA							
1	QUIMICO FARMACEUTICO	RED DE SALUD ACOBAMBA	QUIM-1	000215	1	2300.00	03 MESES

PRESIDENTE DEL COMITE — 1° MIEMBRO DEL COMITE — 2° MIEMBRO DEL COMITE

CAPITULO II

ETAPAS DE LA SELECCIÓN

2.1. CRONOGRAMA DE SELECCIÓN.

ETAPAS DEL PROCESO	FECHAS
Consolidado de Requerimiento y Aprobación de la convocatoria	24 de Agosto del 2022
Publicación y difusión de la convocatoria en: Talento Perú – SERVIR, **http://www.empleosperu.gob.pe**, Facebook Institucional	Del 24 de Agosto del 2022
CONVOCATORIA	
Remisión del Currículo Vitae en formato digital (PDF) al siguiente correo electrónico dispuesto por Unidad Ejecutora 404 Red de Salud Acobamba **redsalud_acobamba@hotmail.com**	Hasta el 30 de Agosto del 2022 Hasta las **6:00 pm**
SELECCIÓN	
Evaluación del Currículo Vitae presentado por los postulantes.	31 de Agosto del 2022
Publicación del resultado final de la **Evaluación curricular** en el portal web de la Unidad Ejecutora 404 Red de Salud Acobamba **https://risacobamba.gob.pe/**, y/o en lugar visible de acceso público.	31 de Agosto del 2022 3:00 pm
Absoluciones y reclamos al correo: **redsalud_acobamba@hotmail.com**	31 de Agosto del 2022 5:00 pm hasta 6:00 pm
Entrevista Personal: Se realizará mediante video llamada a través de la plataforma Whatsap, MEET, ZOOM al número telefónico móvil consignado en el **Anexo N° 01 (los accesos Link se les enviara un día antes de la entrevista, para lo cual deberá de tener instalados las aplicativos antes mencionadas).**	01 de Septiembre del 2022 9:00 am
Publicación del resultado final de ganadores para cubrir plazas según orden de mérito en el portal web del Gobierno Regional **www.regionhuancavelica.gob.pe** y en el portal web de la Unidad Ejecutora 404 Red de Salud Acobamba **https://risacobamba.gob.pe/**, y/o en lugar visible de acceso público.	01 de Septiembre del 2022 12:00 pm.
Adjudicación de plazas según orden de merito	01 de Septiembre del 2022 De 3:30 pm hasta 5:00 pm
SUSCRIPCION Y REGISTRO DEL CONTRATO	
Inicio de labores	**02 de Septiembre del 2022**
Suscripción del Contrato	6 de Septiembre del 2022

NOTA: **Los Currículo Vitae en formato digital deberán ser remitidos al correo redsalud_acobamba@hotmail.com hasta las 6:00 pm del día 30 de Agosto del 2022, conforme al cronograma del proceso.**

2.2. INSCRIPCION Y RECEPCION DE EXPEDIENTES:

- 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 el sello y firma del postulante, del mismo modo los postulantes deberán de remitir su currículo vitae en formato digital (PDF) al correo **redsalud_acobamba@hotmail.com** **en un máxima de 35 MB (si la extensión del documento no es a lo solicitado en PDF, será descalificado)** señalando el **CÓDIGO, CARGO, APELLIDOS Y NOMBRES; por ejemplo: código** PSIC-1_PSICOLOGIA_apellidos y nombres, hasta el **30 de Agosto del 2022.**
- **Documentación de presentación obligatoria:** Se deberá presentar en **forma Ordenada** de la siguiente forma:
  a) Copia del DNI del postulante

b) Título Profesional.
c) Habilidad profesional vigente obligatoria (**para todas las plazas de profesional universitario titulado**).
d) Constancia de término y/o Resolución Termino SERUMS obligatorio (Profesionales de la Salud).
e) Ficha resumen curricular **Anexo N° 01**
Currículo vitae documentado (PDF) actualizado donde precise las funciones realizadas y fechas de inicio y fin de desempeño en su trayectoria laboral.
Copia simple de los documentos para el puntaje adicional conforme al "Criterio de Evaluación Curricular". El orden de los documentos debe ser de acuerdo a lo declarado en el **Anexo N° 01** "Ficha de Resumen Curricular", no se considerarán los documentos a evaluación de no estar plasmado en el **Anexo N° 01**
f) Declaración jurada de habilitación Anexo N° 02
g) Declaración jurada de antecedentes penales Anexo N° 03
h) Declaración jurada de antecedentes policiales y judiciales Anexo N° 04
i) Declaración jurada de nepotismo (D.S N° 034-2005-pcm) Anexo N° 05
j) Declaración jurada de no tener deudas por concepto de alimentos Anexo N° 06
k) Declaración jurada de afiliación al régimen previsional Anexo N° 07
l) Declaración jurada para otorgamiento de bonificaciones Anexo N° 08.
m) Certificado de CONADIS para casos de discapacitados.
n) Acreditar Licenciado de las Fuerzas Armadas.
o) **Acreditar certificado de vacunación de COVID – 19, Completo**

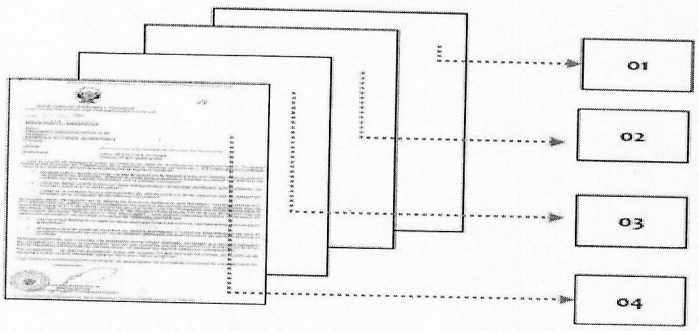
La verificación tanto del orden de los documentos sustentatorios, así como del foliado y firmado de los mismos, lo realizara el postulante. Toda documentación deberá tener folio en cada una de sus hojas.

Un folio corresponde a cada documento presentado, los documentos que tengan códigos de registro o similares en la parte posterior deben estar fotocopiados en ambas caras.

No se foliará el reverso de las hojas ya foliadas, tampoco se deberá utilizar a continuación de la numeración para cada folio, letras del abecedario o cifras como 1°, 1B, 1 Bis, o los términos "bis" o "tris".

El postulante deberá tener en cuenta el siguiente MODELO DE FOLIACIÓN:

Modelo de Foliación (Referencial):



En el caso que el postulante no cumpla con presentar alguno de los documentos señalados previamente, así como no foliar o firmar la documentación, será declarado **NO APTO.**

Asimismo, los documentos foliados con lápiz o rectificados, será considerado NO APTO.
También se declarará como NO APTO al postulante que consigne incorrectamente el número de Proceso CAS, NOMBRE DE PUESTO y CODIGO DE PLAZA a la que se presente.

1. Todos los anexos deberán ser llenados y firmados caso contrario serán causal de descalificación.
2. El Postulante deberá de presentar los Anexos dispuesto en los "Lineamientos para la Contratación de Personal CAS tomando como base las disposiciones extraordinarias en materia de contratación de personal del Sector Publico", en cumplimiento del Decreto de Urgencia N° 029-2020 y el Currículo Vitae Digital documentado (PDF), caso contrario no será evaluado.
3. El Currículo Vitae digital (PDF) documentado deberá estar debidamente ordenado según lo establecido en el Anexo, **caso contrario no serán considerados** para la evaluación curricular.
4. **Los postulantes no deberán tener vínculo laboral con la institución.**

PRESIDENTE DEL COMITE — MIEMBRO DEL COMITE — MIEMBRO DEL COMITE

2.3. PROCESO DE EVALUACION:

- El proceso de evaluación se realizará en 02 etapas.
- Los aspectos que no son considerados en la presente base de convocatoria, serán deliberados y resueltos por la comisión evaluadora.

PRIMERA ETAPA:

- **Evaluación Curricular.**
  Para la calificación correspondiente y pasar a la siguiente fase, el **CURRICULUM VITAE**, deberá cumplir con los requisitos mínimos establecidos en los **PERFILES DE PUESTO.**
  La evaluación curricular es en función a **60 % puntos** de acuerdo a los factores de evaluación para cada código (ITEM). Se declarará APTOS, NO APTO y ELEGIBLE.

SEGUNDA ETAPA:

- **Entrevista Personal.**
  Para la entrevista el postulante deberá contar con su DNI en físico, se aconseja vestirse de acuerdo a la situación ya que la entrevista será de la misma manera que una entrevista presencial.
  La entrevista se realizará mediante video llamada a través de la plataforma Whatsap, MEET, ZOOM al número telefónico móvil consignado en el **Anexo N° 01 (los accesos Link se les enviara un día antes de la entrevista, para lo cual deberá de tener instalados las aplicativos antes mencionadas).**
  - Para la entrevista el postulante deberá asegurar el correcto funcionamiento de la cámara y micrófono del equipo móvil, que asegure una correcta interacción con los jurados. Debiendo cuidar un Ancho de banda de internet estable. Asimismo, el postulante deberá de estar atento al llamado de la comisión en el horario establecido para la entrevista personal.
  - La entrevista personal es en función a **40 % puntos** de acuerdo a los factores de evaluación para cada código (ITEM).

2.4. BONIFICACIÓN:

De conformidad en lo dispuesto por la legislación nacional, se otorgará bonificaciones sobre el puntaje total obtenido a los candidatos que hayan superado todas las etapas del presente proceso de selección.

- **Al Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas:** La comisión otorgará una bonificación al postulante que sea personal licenciado de las Fuerzas Armadas del 10% sobre el **puntaje total obtenido**, luego de la evaluación curricular y entrevista, de conformidad con lo establecido en la Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 061-2012-SERVIR/PE, modificada por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 330-2017-SERVIR-PE; siempre que el postulante 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:** La comisión otorgará una bonificación por discapacidad del15% sobre el **puntaje total obtenido**, luego de la evaluación curricular y entrevista, de conformidad con lo establecido en la Resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 061-2012-SERVIR/PE, modificada por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 330-2017-SERVIR-PE; siempre que el postulante haya indicado y adjuntado al **CURRICULUM VITAE** la Resolución emitido por el CONADIS y acreditarlo obligatoriamente en la etapa de entrevista.

2.5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FINAL.

La relación de postulantes que resulten ganadores se publicarán en el Portal Electrónico Institucional de la Unidad Ejecutora Nª 404 Red de Salud Acobamba (***https://risacobamba.gob.pe/***), *y/o* en un lugar visible de acceso público Unidad Ejecutora Red de Salud Acobamba.

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

PRESIDENTE DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE

20 MIEMBRO DEL COMITE

2.6. ADJUDICACION DE PLAZAS:

Se realizará de acuerdo al orden de mérito obtenido en el concurso, previa comunicación digital y/u otro medio de comunicación.

2.7. DURACION DEL CONTRATO

Los profesionales de la salud serán contratados en la modalidad de **CONTRATO TEMPORAL a partir del 02 de Septiembre de 2022 al 30 de Noviembre de 2022,** el cual estará sujeto a los términos de referencia establecidos por el área usuaria para la prestación de servicios en las IPRESS de la Red de Salud de Acobamba.

2.8. SUSCRIPCION DE CONTRATO:

De acuerdo al D.L. Nº 1057.

2.9. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O DE LA CANCELACION DEL PROCESO

DECLARATORIA DEL PROCESO COMO DESIERTO

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

a) Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
b) Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.

CANCELACION 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.

2.10. IMPEDIMENTOS DE POSTULACION:

No podrán participar del presente proceso, las personas que estén considerados en las siguientes condiciones:

a) Tener vínculo de parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad con el Director y funcionarios de la Red de Salud Acobamba.
b) Tener antecedentes penales, policiales, judiciales o administrativos que impidan contratar con el estado.
c) Tener patologías de Salud Mental que impidan el adecuado desenvolvimiento en sus funciones encomendadas.
d) Tener ceses de Contrato contemplado como faltas administrativas en los años fiscales 2019, 2020 y 2021 ante la Unidad Ejecutora 404 Red de Salud Acobamba.
e) Por encontrarnos en el marco de la pandemia del COVID-19, no podrán participar los profesionales y técnicos de la salud que se encuentran en el grupo de riesgo, **mayores de 65 años y con presencia de comorbilidades como: HTA, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Obesidad, Asma, Enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia renal crónica, enfermedad o tratamiento inmunosupresor**. Según la RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 283-2020-MINSA

2.11. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:

- El área usuaria seleccionara al candidato/a para la contratación respectiva, deberá de remitir a la oficina de recursos humanos, el Currículo Vitae documentado y (Anexos), ambos en formato digital (PDF) al correo **redsalud_acobamba@hotmail.com** (correo determinado por el Director de la Red de Salud Acobamba).

- La oficina de recursos humanos deberá de emitir el contrato CAS y lo enviará en formato digital (PDF) al área usuaria para la suscripción del servidor/a.

PRESIDENTE DEL COMITE — 1er MIEMBRO DEL COMITE — 2do MIEMBRO DEL COMITE

- El área usuaria remitirá el Contrato firmado por el servidor/a en formato digital (PDF) al correo **redsalud_acobamba@hotmail.com** (correo determinado por el Director de la Red de Salud Acobamba).
- El contrato en físico firmado por el Director y Jefe de Recursos Humanos será entregado al servidor a la culminación de la emergencia Sanitaria.

CAPITULO III

VER PERFILES DE PUESTO AL FINAL DE LOS ANEXOS

FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

ENF -1

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA
Denominación:	ENFERMERO/A
Nombre del puesto:	**ENFERMERO/A**
Dependencia Jerárquica Lineal:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA
Dependencia Jerárquica funcional:	RED DE SALUD ACOBAMBA (IPRESS)
Puestos que supervisa:	APLICA

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención de enfermería con calidad y calidez, aplicando el enfoque de interculturalidad en salud, basado en familia y comunidad, para contribuir a la reducción de la desnutrición crónica, anemia de menores de 5 años y morbi-mortalidad Materna-Neonatal.

FUNCIONES DEL PUESTO

1	Planificar, programar, coordinar y ejecutar todas las actividades preventivo promocionales de acuerdo a perfil con enfoque de redes integradas de salud.
2	Brindar cuidado integral y atención especializada a los pacientes, aplicando el proceso de atención de enfermería.
3	Aplicar las normas y medidas de bioseguridad y control de IIH en el servicio, cumplir y ejecutar los protocolos y guias.
4	Brindar atención de acuerdo al Paquete que se oferta en salud al Recien Nacido, Niño, Adolescente, Joven, Adulto, Adulto Mayor y otros teniendo en cuenta el enfoque de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Participando en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables (en la familia, Instituciones educativas, municipios y comunidad)
5	Aplicar guias y protocolos de atención, participar en la elaboración del análisis situacional de salud y determinación del perfil epidemiológico de la población.
6	Elaborar la historia clínica en la atención general al Recien Nacido, Niño, Adolescente, Joven, Adulto, Adulto Mayor y otros, registrar y firmar las atenciones, evoluciones, procedimientos, fichas de control y otros documentos establecidos de acuerdo a las normas y guías de atención. De igual modo registrar en el HIS y FUAS.
7	Cumplir con la atención integral a grupos poblacionales vulnerables o de riesgo en el ambito de su establecimiento según lo establecidos en el MAIS BFC cumpliendo con las normas de referencia y contrareferencia.
8	Cumpir con el seguimiento estricto de personas y familias en riesgo (Recien Nacido, Niño, Adolescente, Joven, Adulto, Adulto Mayor y Gestante u otros) de acuerdo a la sectorización establecida y reportar la actividad como corresponda.
9	Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envió a los niveles que corresponde.
10	Garantizar el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), y convenios vigentes (FED,Gestión y SIS)
11	Contribuir al cumplimiento de Categorizacion y criterios de Acreditacion de EESS
12	Brindar asistencia técnica, monitoreo y/o supervisión integral a los puestos de salud de su jurisdicción.
13	Participar en el desarrollo de capacidades y de investigación en el campo de enfermeria, programados por el establecimientos debidamente autorizado.
14	Organizar, planificar, evaluar y supervisar las actividades propias al cargo.
15	Diseñar el Sistema de Seguimiento y Evaluación en todas sus características básicas tales como, indicadores, dimensiones, funcionamiento, resultados esperados, fuente de información, característica de la información, etc.
16	Garantizar la Programación Multianual SIGA.
17	Brindar asistencia tecnica en los diferentes convenios: SIS, FED y Gestion; monitoreo, seguimiento y resultado.
18	Garantizar la Ejecución Presupuestal de los Programas Presupuestales a su cargo.
19	Contribuir a la reducción de los problemas psicosociales y trastornos de salud mental según Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios Nº137-2017-MINSA/DGIESP.
20	Cumplir Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

Coordinaciones Externas

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA – PRESIDENTE DEL COMITE – RED DE SALUD ACOBAMBA

1er MIEMBRO DEL COMITE – RED DE SALUD ACOBAMBA

2do MIEMBRO DEL COMITE – RED DE SALUD ACOBAMBA

Todas la Unidades Orgánicas.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
Secundaria		
Técnica Básica (1 ó 2 años)		
Técnica Superior (3 ó 4 años)		
Universitario		X

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

- [ ] Egresado(a)
- [ ] Bachiller
- [X] Título/ Licenciatura
- [ ] Especialidad

[ ] *Egresado* [ ] *Titulado* [ ] *estudios*

LICENCIADO EN ENFERMERIA

C.) ¿Se requiere Colegiatura? [X] Sí [ ] No

¿Requiere habilitación profesional? [X] Sí [ ] No

CONOCIMIENTOS

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

CONOCIMIENTOS EN NORMAS TECNICAS VIGENTES DEL MINSA
Capacitación en el área de Emergencia y/o Cuidados Críticos.
Conocimiento en la atención integral por etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto joven , adulto mayor)
Conocimiento en antropometría.
Conocimiento en atención primaria de la salud con enfoque intercultural

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

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

Acreditar curso de atencion integral en etapas de vida(opcional)
Acreditar curso de emergencias (opcional)
Acreditar curso de AIEPI comunitário o clínico (opcional).
Acreditar capacitación en atención del Recien nacido (opcional).
Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud (opcional).

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.

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

Experiencia específica

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

[X] Profesional [ ] Auxiliar o Asistente [ ] Analista / Especialista [ ] Supervisor / Coordinador [ ] Jefe de Área o Dpto [ ] Gerente o Director

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto **(parte B)**, marque **si es o no** necesario contar con experiencia en el **Sector Público**:

[X] ***sí,*** *el puesto requiere contar con experiencia en el sector público*

[ ] ***NO,*** *el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.*

** En caso 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 (INCLUIDO SERUMS)

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

HABILIDADES O COMPETENCIAS

LIDERAZGO, PROACTIVO CON CAPACIDAD DE INICIATIVA PARA TRABAJAR EN EQUIPO.
COMUNICACIÓN EFECTIVA Y ADECUADAS RELACIONES INTERPERSONALES, QUE PROMUEVAN UN BUEN CLIMA LABORAL
POSEER INICIATIVA, TOMA DE DECISIONES, TOLERANCIA Y AUTOCONTROL.
HABILIDADES PARA EL MANEJO DE GRUPOS Y COMPROMISO CON LOS OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN.

PRESIDENTE DEL COMITE — 1° MIEMBRO DEL COMITE — 2° MIEMBRO DEL COMITE

FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

QUIM.FAR -1

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA
Denominación:	QUIMICO FARMACEUTICO
Nombre del puesto:	**QUIMICO FARMACEUTICO**
Dependencia Jerárquica Lineal:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA
Dependencia Jerárquica funcional:	RED DE SALUD ACOBAMBA (IPRESS)
Puestos que supervisa:	NO APLICA

MISIÓN DEL PUESTO

GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS, DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FUNCIONES DEL PUESTO

1	VIGILAR EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO Y CONTROL DE CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS FED EN LAS ETAPAS DE RECEPCION, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION.
2	SOLICITAR, CUSTODIAR Y CONTROLAR EL MANEJO DE LOS ESTUPEFACIENTES, PSICOTROPICOS Y PRECURSORES.
3	ASEGURAR EL ABASTECIMENTOS DE MEDICAMENTOS EN CONTROL DE GESTION EN MEDICAMENTOS, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISO DE MEJORA DE SERVICIO EN SALUD.
4	CONTROLAR Y SUPERVISAR EL PROCESO DE DISPENSACIÓN, DOSIS UNITARIA Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES DE USO CLÍNICO QUIRÚRGICO, PRESCRITOS POR EL PROFESIONAL AUTORIZADO
5	SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCION Y TRASNPORTE .
7	CAPACITAR Y SUPERVISAR AL PERSONAL ASITENTE Y TECNICO EN EL CORRECTO DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES
8	VERIFICAR QUE NO EXISTAN PRODUCTOS CONTAMINADOS, ADULTERADOS, FALSIFICADOS, ALTERADOS, EXPIRADOS, EN MAL ESTADO DE CONSERVACION U OTRA OBSERVACION SANITARIA.
9	CUSTODIAR LA DOCUMENTACION TECNICA RELATIVA A LOS PRODUCTOS O DISPOSITIVOS QUE INGRESAN AL ALMACEN.
10	PLANEAR, ORGANIZAR, PROGRAMAR, DIRIGIR, COORDINAR, CONTROLAR, SUPERVISAR Y VIGILAR LA PRESTACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA.
11	ASEGURAR EL ABASTECIMENTOS DE MEDICAMENTOS EN CONTROL DE GESTION EN MEDICAMENTOS, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISO DE MEJORA DE SERVICIO EN SALUD.
12	PARTICIPAR EN EL SISTEMA DE FARMACOVIGILANCIA MEDIANTE LA DETECCIÓN, EVALUACIÓN, MODIFICACIÓN, REGISTRO Y PREVENCIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAM) QUE SE PRESENTAN EN LAS IPRESS, REALIZANDO EL PROCESAMIENTO, CONSOLIDACIÓN Y ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN CON LOS REPORTES RESPECTIVOS A LA PRESIDENTA DEL COMITE DE FARMACOVIGILANCIA YTECNOVIGILANCIA Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.
13	VIGILAR EL ASEGURAMIENTO DE CALIDAD EN LAS ETAPAS DE RECEPCION, ALMACENAMIETO Y DISTRIBUCION, ASEGURE LA CONSERVACION , ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LOS PF, DM Y PS
14	GESTIONAR LA BAJA DE PRODUCTOS DETERIORADOS, VENCIDOS O CON PROBLEMAS DE CALIDAD CUANDO LA SITUACIÓN LO AMERITE.
15	OTRAS FUNCIONES QUE SERAN ASIGNADAS POR EL JEFE INMEDIATO SUPERIOR.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos. Of. Logística, Administracion, Dirección de Fiscalización, Control y Vigilancia Sanitaria.

Coordinaciones Externas

Laboratorios, Establecimientos de Salud, Sub - Almacenes y DEMID.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	*Completa*
[ ] Secundaria	[ ]	[ ]
[ ] Técnica Básica (1 ó 2 años)	[ ]	[ ]
[ ] Técnica Superior (3 ó 4 años)	[ ]	[ ]
[X] Universitario	[ ]	[X]

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

[ ] Egresado(a)		
[ ] Bachiller		QUIMICO FARMACEUTICO
[X] Título/ Licenciatura		
[ ] Maestría	[ ] *Egresado* [ ] *Titulado*	
[ ] Doctorado	[ ] *Egresado* [ ] *Titulado*	

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

[X] Sí [ ] No

¿Requiere habilitación profesional?

[X] Sí [ ] No

PRESIDENTE DEL COMITE

1º MIEMBRO DEL COMITE

2º MIEMBRO DEL COMITE

CONOCIMIENTOS

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

Buenas Prácticas de Almacenamiento, Buenas Prácticas de Dispensación, Gestión de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

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:
Buenas Prácticas de Almacenamiento
Buenas Prácticas de Dispensación, Gestión de Medicamentos

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

	Nivel de dominio			
OFIMÁTICA	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		X		
Excel		X		
Powerpoint		X		

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

EXPERIENCIA

Experiencia general

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

Experiencia específica

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

[X] Profesional [ ] Auxiliar o Asistente [ ] Analista / Especialista [x] Supervisor / Coordinador [ ] Jefe de Área o Dpto [ ] Gerente o Director

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

01 AÑO DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto **(parte B)**, marque **si es o no** necesario contar con experiencia en el **Sector Público**:

[X] *SÍ, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público* [ ] *NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.*

** En caso 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 (INCLUIDO SERUMS)

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

HABILIDADES O COMPETENCIAS

LIDERAZGO, PROACTIVO CON CAPACIDAD DE INICIATIVA PARA TRABAJAR EN EQUIPO.

COMUNICACIÓN EFECTIVA Y ADECUADAS RELACIONES INTERPERSONALES, QUE PROMUEVAN UN BUEN CLIMA LABORAL

POSEER INICIATIVA, TOMA DE DECISIONES, TOLERANCIA Y AUTOCONTROL.

HABILIDADES PARA EL MANEJO DE GRUPOS Y COMPROMISO CON LOS OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN.

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA PRESIDENTE DEL COMITE RED DE SALUD ACOBAMBA

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA 1er MIEMBRO DEL COMITE RED DE SALUD ACOBAMBA

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA 2° MIEMBRO DEL COMITE RED DE SALUD ACOBAMBA

FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

PILOT. AMB -1

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA
Denominación:	CHOFER
Nombre del puesto:	**CHOFER**
Dependencia Jerárquica Lineal:	UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD ACOBAMBA
Dependencia Jerárquica funcional:	RED DE SALUD ACOBAMBA (IPRESS)
Puestos que supervisa:	NO APLICA

MISIÓN DEL PUESTO

Traslado de personal de salud y pacientes según su condición clinica a los establecimientos de salud de mayor complejidad para la continuidad de la atención.

FUNCIONES DEL PUESTO

1	Conducir la ambulancia conciderando la condición clinica del paciente.
2	Apoyar al equipo de salud que brinda la atención al paciente en situación de urgencia y/o emergencia
3	Apoyar al equipo de salud en el traslado y movilización pertinente del paciente en situación de urgencia y/o emergencia.
4	Realizar acciones de primeros auxilios en situación de emergencia masiva.
5	Apoyar en el seguimiento de casos que requieren intervención priorizada
6	Apoyar en el registro de información de referencia y contrareferencia, y otros registros que se requieran.
7	Apoyar en la desinfección de la cabina interna del vehiculo de acuerdo a la normatividad vigente.
8	Reportar los incedentes de transito que tengan con la ambulancia de acuerdo a los procedimientos establecidos.
9	Velar por el mantenimiento preventivo y correctivo de la ambulancia para su adecuado funcionamiento.
10	Salvaguardar la integridad material y equipo medico de la ambulancia
11	Cumplir otras funciones asignadas por el jefe inmediato superior.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

TODO LOS SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD BAJO LA JURISDICCIÓN.

Coordinaciones Externas

TODAS LA UNIDADES ORGANICAS.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	*Completa*
[X] Secundaria	[ ]	[X]
[ ] Técnica Básica (1 ó 2 años)	[ ]	[ ]
[ ] Técnica Superior (3 ó 4 años)	[ ]	[ ]
[ ] Universitario	[ ]	[ ]

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

- [ ] Egresado(a)
- [ ] Bachiller
- [ ] Título/ Licenciatura
- [ ] Maestría
- [ ] *Egresado* [ ] *Titulado*

CHOFER CON BREVETE A-IIB MINIMO

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

[ ] Sí [X] No

¿Licencia de Conducir Vigente?

[X] Sí [ ] No

CONOCIMIENTOS

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

- Curso de Capacitación en Mecanica Automotriz.
- Conocimiento en manejo de Primeros Auxilios o afines
- Conocimiento en computación.

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

PRESIDENTE DEL COMITE — 1° MIEMBRO DEL COMITE — 2° MIEMBRO DEL COMITE

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:
Brevete tipo A - 2B (NO CONTAR CON INFRACCIONES DE TRANSITO).

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.

06 MESES DE EXPERIENCIA

Experiencia específica

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

- [ ] Practicante profesional
- [x] Auxiliar
- [ ] Analista / Especialista
- [ ] Supervisor / Coordinador
- [ ] Jefe de Área o Dpto
- [ ] Gerente o Director

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

06 MESES DE EXPERIENCIA

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto **(parte B)**, marque **si es o no** necesario contar con experiencia en el **Sector Público**:

- [x] ***SÍ,*** *el puesto requiere contar con experiencia en el sector público*
- [ ] ***NO,*** *el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.*

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

06 MESES DE EXPERIENCIA

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

HABILIDADES O COMPETENCIAS
LIDERAZGO, PROACTIVO CON CAPACIDAD DE INICIATIVA PARA TRABAJAR EN EQUIPO.
COMUNICACIÓN EFECTIVA Y ADECUADAS RELACIONES INTERPERSONALES, QUE PROMUEVAN UN BUEN CLIMA LABORAL
POSEER INICIATIVA, TOMA DE DECISIONES, TOLERANCIA Y AUTOCONTROL.
HABILIDADES PARA EL MANEJO DE GRUPOS Y COMPROMISO CON LOS OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN.

GOBIERNO REGIONAL DE HUÁNUCO PRESIDENTE DEL COMITÉ

1° MIEMBRO DEL COMITÉ

2° MIEMBRO DEL COMITÉ

CAPITULO IV

CRITERIO Y FACTORES DE EVALUACION

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD (ENFERMERO/A Y QUIMICO FARMACEUTICO).

1. EVALUACIÓN CURRICULAR — PUNTAJE 60 PUNTOS

CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL — PUNTAJE 40 PUNTOS

- Título profesional colegiado y habilitado — 06 puntos
- Maestría y/o Especialidad concluida — 08 puntos
- Maestría y/o Especialidad en estudios — 05 puntos
- Diplomados en salud (2 puntos por diploma, máximo 2 diplomas) — 04 puntos
- Capacitación en temas propios de su carrera máximo 150 horas académicas en los últimos 05 años. — 12 puntos
- Eventos y cursos de capacitación en computación e informática (máximo 80 horas) en los últimos 05 años — 05 puntos

EXPERIENCIA LABORAL — PUNTAJE 20 PUNTOS

- Experiencia de laboral al objeto de contratación 04 puntos por año, de acuerdo al siguiente criterio:

  a) Experiencia laboral 04 puntos por año máximo 05 años, incluye SERUMS. (se cuenta meses, proporcional), acreditado con contrato, orden de servicio. — 20 puntos
  b) Experiencia laboral 02 puntos por año máximo 05 años, incluye SERUMS. (se cuenta meses, proporcional), acreditado con constancia, certificado de trabajo. — 10 puntos

2. ENTREVISTA PERSONAL — PUNTAJE 40 PUNTOS

La entrevista personal es una evaluación subjetiva que busca elegir a la persona más adecuada, con buenas actitudes.

- Seguridad y Estabilidad Emocional — 05 puntos
- Conocimientos Técnicos del Puesto — 20 puntos
- Capacidad para tomar decisiones — 10 puntos
- Presentación y Puntualidad — 05 Puntos

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA PERSONAL (CHOFER)

1. EVALUACIÓN CURRICULAR

PUNTAJE 60 PUNTOS

CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL — **PUNTAJE 40 PUNTOS**

- Licencia de conducir A-IIB — 10 puntos.
- Segundaria completa — 05 puntos
- Capacitación en temas de salud, máximo 150 horas académicas, en los últimos 03 años — 10 puntos
- Récor del conductor, sin sanciones ni papeletas vigentes **(adjuntar reporte)** . — 10 puntos

EXPERIENCIA LABORAL — **PUNTAJE 20 PUNTOS**

- Experiencia de laboral al objeto de contratación 04 puntos por año, de acuerdo al siguiente criterio:

a. Experiencia (relacionado al objeto de la contratación, 5 puntos por año) (Acreditado con contrato, orden de servicio y/o boletas de pago) — 20 puntos

b) Experiencia laboral 02 puntos por año máximo 05 años. (se cuenta meses, proporcional), acreditado con constancia, certificado de trabajo. — 10 puntos

2. ENTREVISTA PERSONAL

PUNTAJE 40 PUNTOS

La entrevista personal es una evaluación subjetiva que busca elegir a la persona más adecuada, con buenas actitudes.

- Seguridad y Estabilidad Emocional — 05 puntos
- Conocimientos Técnicos del Puesto — 20 puntos
- Capacidad para tomar decisiones — 10 puntos
- Presentación y Puntualidad — 05 Puntos

PRESIDENTE DEL COMITE — 1° MIEMBRO DEL COMITE — 2° MIEMBRO DEL COMITE

CAPITULO V

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA RESUMEN CURRICULAR
(Con Carácter de Declaración Jurada)

I. DATOS PERSONALES:

Apellido Paterno:
.....

Apellido Materno:
.....

Nombres:
.....

Nacionalidad:
.....

Fecha de Nacimiento:
.....

Lugar de Lugar de Nacimiento:
Departamento:
.....Provincia:.....Distrito:.....

Documento de
Identidad:.....

R.U.C. N°:
.....

Estado Civil:
.....

N° de hijos:
.....

Dirección Domiciliaria según DNI. Avenida/Calle/Jirón): .....
.....

Teléfonos (*):
.....

Correo electrónico (*):
.....

Estudios Primarios en la Institución Educativa de:.....
Estudios Secundarios en la Institución Educativa de:.....
Colegio Profesional (N° si aplica):
.....

MARQUE CON UN ASPA (X):

ES PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
ES PERSONA LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO

(*) Consigne correctamente su número telefónico y dirección electrónica, pues en el caso de requerirse, la entidad utilizará tales medios para la respectiva comunicación.

II. FORMACIÓN ACADEMICA:

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple).

PRESIDENTE DEL COMITE — 1° MIEMBRO DEL COMITE — 2° MIEMBRO DEL COMITE

Título o Grado	Nombre de la Institución	Profesión o Especialidad	FECHA DE EXPEDICION DEL TITULO (MES/AÑO)	CIUDAD/PAIS	Nº FOLIOS (*)
DOCTORADO					
MAESTRIA					
TITULO PROFESIONAL O UNIVERSITARIO					
BACHILLER / EGRESADO					
ESTUDIOS TECNICOS (computación, idiomas entre otros).					
ESTUDIOS (primarios/Secundarias)	**(Solo llenar si el perfil de puesto lo requiere).**				

(Puede insertar más filas si así lo requiere).
(*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite su formación académica.

III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO:

Se valorará: diplomados y especializaciones mayores a 90 horas, y si son organizados por un ente rector, se podrá considerar como mínimo ochenta (80) horas, así como cursos y/o capacitaciones mayores a 12 horas académicas.

Nº	Nombre del curso y/o estudios de especialización y/o diplomado	Nombre de la Institución	Año que realizó el curso, diplomado o especialización	Horas lectivas de duración	Ciudad / país	Nº Folio (*)
1º						
2º						
3º						
4º						

(Puede insertar más filas si así lo requiere).
(*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite sus cursos y/o capacitaciones

IV. EXPERIENCIA LABORAL:

1) EXPERIENCIA GENERAL.

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº FOLIO (*)
1						
Actividades o funciones realizadas						
2						
Actividades o funciones realizadas						
3						
Actividades o funciones realizadas						
4						
Actividades o funciones realizadas						

PRESIDENTE DEL COMITE

1º MIEMBRO DEL COMITE

2º MIEMBRO DEL COMITE

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL GENERAL :	(XX Años / XX Meses)	

(Puede insertar más filas si así lo requiere).
En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.
(*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral general.

2) EXPERIENCIA ESPECÍFICA.

a) Experiencia específica en la función o la materia en sector público o privado.
Administración Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº FOLIO (*)
1						
Actividades o funciones realizadas						
2						
Actividades o funciones realizadas						
3						
Actividades o funciones realizadas						
4						
Actividades o funciones realizadas						
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA					(XX AÑOS / XX MESES)	

(Puede insertar más filas si así lo requiere).
En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.
(*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral específica

b) Experiencia en el sector público (en base a la experiencia requerida para el puesto Administración señalada en la parte A):
Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida.

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio (mes/año)	Fecha de culminación (mes/año)	Tiempo en el cargo	Nº FOLIO (*)
1						
Actividades o funciones realizadas						
2						
Actividades o funciones realizadas						

PRESIDENTE COMITE — 1° MIEMBRO DEL COMITE — 2° MIEMBRO DEL COMITE

3						
Actividades o funciones realizadas						
4						
Actividades o funciones realizadas						
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA EN EL SECTOR PUBLICO					XX AÑOS / XX MESES)	

(Puede insertar más filas si así lo requiere).
En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.
(*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral específica en el sector público.

V. MÉRITOS Y/O RECONOCIMIENTOS:

Nº	Tipo de Documento: Resolución , Constancia y Carta)	Nombre de la Institución que otorga el documento	Año de emisión del documento (méritos y/o reconocimientos)	Ciudad / país	Nº Folio (*)
1º					
2º					
3º					

(Puede insertar más filas si así lo requiere).
(*) Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral general.

Declaro bajo juramento, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo a la Unidad Ejecutora Red de Salud de Angaraes efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 33° del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Ciudad de..... del día.....del mes de..... del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....

Huella Digital

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAVELICA PRESIDENTE DEL COMITE DE SALUD ACOBAMBA

1° MIEMBRO DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE

ANEXO N° 02

DECLARACIÓN JURADA DE HABILITACIÓN

Yo,..... (Nombres y Apellidos); identificado (a) con DNI N°.....; con domicilio en .....; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N° .....; cuya denominación es .....; convocado por la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA, a fin de participar en el proceso de selección descrito.

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

- ESTAR EN EJERCICIO Y EN PLENO GOCE DE MIS DERECHOS CIVILES.
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO AL CUAL ESTOY POSTULANDO.
- NO TENER CONDENA POR DELITO DOLOSO[1]
- NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN PARA CONTRATAR CON EL ESTADO O PARA DESEMPEÑAR FUNCIÓN PÚBLICA.
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISTOS SEÑALADOS EN EL PERFIL DE LA PRESENTE CONVOCATORIA.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de..... del día.....del mes de..... Del año 20.....

Firma:.....
DNI:.....

Huella Digital

[1] Sentencia firme.

PRESIDENTE DEL COMITE

1° MIEMBRO DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES PENALES

Yo, ……, identificado (a) con DNI ☐ Carné de Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N° ……

Ante usted me presento y digo:

Que, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de…… del día……del mes de…….. Del año 20…...

Firma:……
DNI:……

Huella Digital

PRESIDENTE DEL COMITE

1° MIEMBRO DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE

ANEXO N° 04

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES Y JUDICIALES

Yo,....., identificado(a) con DNI N° ..... y con domicilio en .....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registrar antecedentes policiales y No registrar antecedentes judiciales, a nivel nacional. Asimismo, tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporciono, autorizo a la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de..... del día.....del mes de..... del año 20.....

Firma:.....
DNI:.....

Huella

PRESIDENTE DEL COMITE

1° MIEMBRO DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE

ANEXO N° 05

DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO (D.S N° 034-2005-PCM)

Yo, ……, identificado(a) con DNI N° ……y con domicilio en ……

DECLARO BAJO JURAMENTO:
No tener conocimiento que en la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA se encuentran laborando mis parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar a la entidad.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771, modificado por Ley N° 30294 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias Decreto Supremo N° 017-2002-PCM y Decreto Supremo N° 034-2005-PCM. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

Asimismo, declaro que:

- NO ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA.
- SI ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en la U.E. 404 RED DE SALUD ACOBAMBA, cuyos datos señalo a continuación:

Grado o relación de parentesco o vínculo conyugal	Área de Trabajo	Apellidos	Nombres

Ciudad de…… del día……del mes de…….. del año 20…….

Firma:……
DNI:……

Huella Digital

PRESIDENTE DEL COMITE

1° MIEMBRO DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE

ANEXO N° 06

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Por la presente, yo:..... Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°.....

DECLARO BAJO JURAMENTO NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS, por adeudar tres (3) cuotas, sucesivas o no, de obligaciones alimenticias establecidas en sentencias consentidas o ejecutoriadas, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, o por adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, durante el proceso judicial de alimentos que no han sido cancelados en periodo de tres (3) meses desde que son exigibles, los que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.

Ciudad de..... del día.....del mes de..... del año 20.....

Firma:.....

DNI: .....

Huella Digital

PRESIDENTE DEL COMITE

1° MIEMBRO DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE

ANEXO N° 07

DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN PREVISIONAL

Por la presente, yo:.....
Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°.....
Manifiesto con carácter de DECLARACION JURADA lo siguiente:
Me encuentro afiliado a algún régimen de pensiones: SI ☐ NO ☐
(Marca con una "X")
En caso que la respuesta es afirmativa indicar:
(Marca con una "X")

Sistema Nacional de Pensiones:	☐
Sistema Privado de Pensiones:	☐
PRIMA	☐
INTEGRA	☐
PROFUTURO	☐
HABITAT	☐

CUSPP N°.....
En caso de no estar afiliado a ningún régimen elijo al siguiente régimen de pensiones:

Sistema Nacional de Pensiones:	
Sistema Privado de Pensiones:	☐
PRIMA	☐
HORIZONTE	☐
INTEGRA	☐
PROFUTURO	☐

Ciudad de..... del día.....del mes de..... del año 20.....

Firma:.....

DNI: .....

Huella Digital

PRESIDENTE DEL COMITE

1° MIEMBRO DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE

ANEXO N° 08

DECLARACIÓN JURADA PARA OTORGAMIENTO DE BONIFICACIONES

Yo:..... Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°..... A efectos de cumplir con los requisitos de elegibilidad para desempeñarme como.....en..... .....; Manifiesto con carácter de DECLARACION JURADA lo siguiente:

BONIFICACION POR DISCAPACIDAD
(Marque con una "X" la respuesta")

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y cuenta con la acreditación correspondiente de discapacidad emitida por el CONADIS.		

BONIFICACION POR SER LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS
(Marque con una "X" la respuesta")

PERSONA LICENCIADA DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas, de conformidad con lo establecido en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, que establece criterios para asignar una bonificación en concurso para puestos de trabajo en la administración pública en beneficio del personal Licenciado de las Fuerzas Armadas, y cuenta con el documento oficial emitido por la autoridad competente acreditando su condición de licenciado.		

Ciudad de..... del día.....del mes de..... del año 20.....

Firma:.....

DNI: .....

Huella Digital

PRESIDENTE DEL COMITE

1° MIEMBRO DEL COMITE

2° MIEMBRO DEL COMITE