

## RED DE SALUD DE HUAROCHIRI

### BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN CAS POR REEMPLAZO- RED DE SALUD HUAROCHIRI N° 004-2022/PCM

#### I. GENERALIDADES

##### 1.1. Objeto de la Convocatoria

La Unidad Ejecutora Red de Salud de Huarochiri, requiere seleccionar y contratar bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios del Decreto Legislativo N° 1057, en el marco del Decreto de Urgencia N° 001-2022, Decreto De Urgencia que establece medidas extraordinarias en materia económica y financiera que permita en el Sector Salud garantizar la atención de salud durante la vigencia de la Emergencia Sanitaria generada por la COVID-19.

##### 1.2. Entidad Convocante:

Nombre: RED DE SALUD DE HUAROCHIRI  
RUC: 20544005864

##### 1.3. Dependencia, Unidad Orgánica y/o Área solicitante

Red de Salud Huarochiri

##### 1.4. Domicilio legal

Av. José Carlos Mariátegui 407 – C Urb. Santa Ana – Ricardo Palma

##### 1.5. Dependencia encargada de realizar el proceso de la contratación

La Unidad de Recursos Humanos es la responsable de conducir los concursos públicos en el marco de las normas y lineamientos establecidos, también de salvaguardar dentro de sus concursos públicos los principios de mérito, capacidad e igualdad de oportunidades.

Comisión Evaluadora es responsable de la aprobación de las bases en el cual se incluye el proceso de selección y las evaluaciones que correspondan de acuerdo la norma establecida.

##### 1.6. Fuente de Financiamiento

Recursos Ordinarios (RO) del presupuesto correspondiente al ejercicio fiscal del año 2022.

[www.redhuarochiri.gob.pe](http://www.redhuarochiri.gob.pe)

Calle José Carlos Mariátegui 407C – Urb. Santa Ana – Ricardo Palma – Huarochiri

Email: [comision.evaluadora.rsh@outlook.com](mailto:comision.evaluadora.rsh@outlook.com)



## 1.7. Base Legal

- a. La Constitución Política del Perú.
- b. Ley 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057 y otorga derechos laborales.
- c. Ley N° 27674, Ley que establece el acceso de deportistas de Alto Nivel a la Administración Pública.
- d. Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- e. Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública.
- f. Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, modificado por el Decreto Legislativo N° 1377; y su Reglamento, aprobado con Decreto Supremo N° 008-20019-JUS.
- g. Ley N° 31131, Ley que establece Disposiciones para erradicar la Discriminación en los Regímenes Laborales del Sector Público.
- h. Ley N° 30353, Ley que crea el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles.
- i. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 312-2017-SERVIR/PE que aprueba la Directiva N° 004-2017-SERVIR/GDSRH "Normas para la Gestión del Proceso de Diseño de Puestos y Formulación del Manual de Perfiles de Puestos – MPP".
- j. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 313-2017-SERVIR/PE que aprueba la "Guía metodológica para el Diseño de Perfiles de Puestos para entidades públicas, aplicable a regímenes distintos a la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil" y la "Guía metodológica para la elaboración del Manual de Perfiles de Puestos - MPP, aplicable al régimen de la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil".
- k. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 330-2017-SERVIR-PE que aprueba la modificación de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, en lo referido a procesos de selección.
- l. Decreto Legislativo N° 1246 que aprueba diversas medidas de simplificación administrativa.
- m. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.
- n. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 238-2014-SERVIR/PE que aprueba la Directiva N° 002-2014-SERVIR/GDSRH "Normas para la Gestión del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos de las entidades públicas".
- o. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000065-2020-SERVIR-PE, que aprueba la Guía para la virtualización de concursos públicos del D.L. 1057.
- x) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000006-2021-SERVIR-PE, que aprueba por delegación la "Guía operativa para la gestión de recursos humanos durante la emergencia sanitaria por el COVID-19 – Versión 3".
- p. Ley N° 27588, ley que establece prohibiciones e incompatibilidad de funciones y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al estado bajo cualquier modalidad contractual y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 01-2002-PCM.







- q. Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.
- r. Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057 que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, modificado por Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.
- s. Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General y sus modificaciones.
- t. Ley N° 27050 Bonificación en el Concurso de Méritos para cubrir vacantes (Ley General de la persona con discapacidad) y su modificatoria Ley N° 28164.
- u. Ley N° 29248, Ley del Servicio Militar que otorga porcentaje del 10% en concursos para puestos de trabajo en la Administración Pública.
- v. Ley N° 27806, Ley de transparencia y de acceso a la información pública.
- w. Ley N° 26771, Ley de Nepotismo.
- x. Decreto de Urgencia N°001-2022 /PCM 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.
- y. Otras disposiciones que regulen la contratación administrativa de servicios CAS de este proceso para el presente caso de evaluación curricular, dado el caso especial por estar en emergencia sanitaria y la necesidad coyuntural de profesionales de la salud que atraviesan los establecimientos de diferentes niveles de atención.



## II. CONDICIONES ESCENCIALES DEL CONTRATO

| CONDICIONES  | DETALLE   |
|--|---|
| Lugares de la prestación del Servicio                  | Red de Salud de Huarochiri, hospital y establecimientos de salud.   |
| Duración del Contrato Temporal<br>MODALIDAD PRESENCIAL | Inicio: A partir de la fecha de ejecución de la suscripción de contrato.<br>Periodo hasta el 30 de Abril 2022 |
| Otras condiciones del contrato                         | Disponibilidad Inmediata.   |

## III. PLAZAS OFERTADAS

Requerimiento de personal de acuerdo a lo establecido el Decreto de Urgencia N° 003-2022-PCM. En el cual los postulantes deberán de revisar.

### CONVOCATORIA CAS - 004-2022

| PROCESO N°   | ESTABLECIMIENTO                 | CARGO           | RETRIBUCION MENSUAL | PUESTO   |
|--------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|----------|
| 001-2022     | C.S.PEDRO ABRAHAN LOPEZ GUILLEN | ENFERMERA/O     | 3,2000.00           | 1        |
| 002-2022     | P.S. 1-2 EL VALLE               | MEDICO CIRUJANO | 6,000.00            | 1        |
| <b>TOTAL</b> |                                 |                 |                     | <b>2</b> |



#### IV. MODALIDAD DE POSTULACIÓN

##### Postulación VIRTUAL

Las personas interesadas en participar en el proceso de selección y que cumplan con los requisitos establecidos para cada perfil de puesto convocado, deberán presentar los anexos: **(ANEXO 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11 y 12)**, deberá de ser remitido en letras mayúsculas y legibles, al correo indicado para el proceso de contratación CAS [comision.evaluadora.rsh@outlook.com](mailto:comision.evaluadora.rsh@outlook.com) el cual será a partir de las 8:00 am y culminará a las 01:00 pm. Presentarse en la fecha y horario establecido en el cronograma. Para el envío vía correo electrónico deberá consignar el ASUNTO.



**Ejemplo:** ASUNTO DEL CORREO

**Asunto:** PROCESO CAS N° 004-2022 – CARGO:.....

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

La información consignada en los Anexos para la Contratación de Personal **(ANEXOS 01 al 12)**, tienen carácter de declaración jurada, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve la entidad.



#### V. CARACTERISTICA DEL PUESTO Y/O CARGO

Los puestos y/o cargos y la retribución económica se encuentran establecidas en el numeral III; Formato de perfil del puesto el cual se encuentran detallado al final de las bases en los términos de referencia (TDR); con el detalle a concursar.

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

|   | CONVOCATORIA   | FECHA Y HORA                  | AREA RESPONSABLE                      |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <b><u>Publicación Vía Electrónica:</u></b><br>Publicación de la Convocatoria CAS – RED DE SALUD HUAROCHIRI, en la Página WEB: <a href="http://www.redhuarochiri.gob.pe">www.redhuarochiri.gob.pe</a> | Desde el 06 de abril del 2022 | Área de Tecnología de la Información. |



|                  |   |  |                                       |
|------------------|---|--|---------------------------------------|
| 2                | <b>Postulación VIRTUAL</b><br><b>Presentación del CV. Se remitirán al correo:</b><br><b><a href="mailto:comision.evaluadora.rsh@outlook.com">comision.evaluadora.rsh@outlook.com</a></b><br>Con los anexos descritos en las bases para la Contratación de Personal. La documentación deberá ser presentada en formato PDF | El 06 de abril<br>8:00 am. a<br>11:00 p.m.       | Unidad de Recursos Humanos            |
| <b>SELECCIÓN</b> |   |  |                                       |
| 3                | Evaluación Curricular del cumplimiento de requisitos y términos de referencia.  | 07 de abril del 2022, 08:00 a 12:00 pm           | Comité de Evaluación                  |
| 4                | Publicación de resultados de la evaluación curricular de en la página web de la Red de Salud de Huarochiri<br><b><a href="http://www.redhuarochiri.gob.pe">http://www.redhuarochiri.gob.pe</a></b>  | 07 de abril del 2022, a partir de la 1:00 pm     | Área de Tecnología de la Información. |
| 5                | <b>Apelaciones:</b><br>Presentación de apelaciones:<br><b><a href="mailto:comision.evaluadora.rsh@outlook.com">comision.evaluadora.rsh@outlook.com</a></b>  | 07 de abril del 2022. 1:00 pm a 3:00 pm.         | Comité de Evaluación                  |
| 6                | Absolución y publicación de las apelaciones.  | 07 de abril del 2022. a partir de las 03:00 pm   | Comité de Evaluación                  |
| 7                | Suscripción del Contrato  | Según comunicado emitido por el comité evaluador | Unidad de Recursos Humanos.           |
| 8                | Inicio de Actividades   | Al día siguiente de firmado el contrato          | Unidad de Recursos Humanos            |

## VII. DOCUMENTOS A PRESENTAR

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

Se deberá presentar el CV y/o Hoja de Vida, en el cual debe contener la información solicitada y sustentadora de acuerdo al perfil del puesto al que postula. Los anexos a presentar se descargarán en el link adjunto a las bases del proceso de contratación. **(SEGÚN ANEXO 01 al 12)** foliados, de la última hoja hacia adelante y en la parte inferior derecha, el cual estará publicada en la página web de la institución. La documentación deberá ser presentada en formato PDF.

### 7.2. Presentación de la documentación y/o Ficha Única de Datos

La Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal debe estar correctamente llenada y sin ninguna enmendadura. Este documento tiene

carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleva a cabo la entidad.

### VIII. DE LA DECLARATORIA DEL PROCESO DESIERTO

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

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



### IX. ENTREGA DE DOCUMENTOS

Deberá ser enviada **vía correo establecido en el cronograma** y etapas del proceso de selección, (numeral VI) indicar el ASUNTO, La entrega de los anexos debe estar correctamente llenada y sin ninguna enmendadura, **Indicar el NUMERO DE PROCESO AÑO, CARGO Y/O PUESTO AL QUE POSTULA**



Ejemplo:

Asunto: PROCESO CAS N° 004-2022 – CARGO:.....

### X. PERFIL DEL PUESTO:

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



#### 1. Evaluación curricular:

La evaluación curricular es de carácter ELIMINATORIO, se realizará revisando la ficha presentada por los postulantes.

Los anexos se publicarán en la página web [www.redhuarochiri.gob.pe](http://www.redhuarochiri.gob.pe) (Anexo 01, Anexo 02, Anexo 03, Anexo 04, Anexo 05, Anexo 06, Anexo 07, Anexo 08, Anexo 09, Anexo 10, Anexo 11, Anexo 12).

La documentación se presentará en el siguiente orden:

- a) Adjuntar el Anexo 01, Anexo 02, Anexo 03, Anexo 04, Anexo 05, Anexo 06, Anexo 07, Anexo 08, Anexo 09, Anexo 10, Anexo 11 y Anexo 12, se descargarán de la página web [www.redhuarochiri.gob.pe](http://www.redhuarochiri.gob.pe)

- b) Copia simple del Documento Nacional de Identidad (DNI)

En el caso de ser licenciado de las fuerzas armadas o contar con certificado de discapacidad, adjuntar la documentación correspondiente que acredite tal condición por parte de la autoridad competente en los archivos mencionados.



La información consignada en la ficha de postulante tiene carácter de declaración jurada, por lo que el postulante será responsable de la información señalada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

Se remitirá los anexos (Anexo 01, Anexo 02, Anexo 03, Anexo 04, Anexo 05, Anexo 06, Anexo 07, Anexo 08, Anexo 09, Anexo 10, Anexo 11 y Anexo 12), y copia Documento Nacional de Identidad (DNI).

La relación de postulantes evaluados es publicada a través del portal institucional [www.redhuarochiri.gob.pe](http://www.redhuarochiri.gob.pe) Sección "**Convocatoria CAS**" en la fecha establecida en el cronograma.

#### ❖ **Formación Académica**

Se verifica que los requisitos de formación académica, grado o situación académica, colegiatura y habilitación profesional, sean los solicitados en los términos de referencia.

En el caso de títulos profesionales o grados académicos obtenidos en el extranjero, para ser considerados se deberá presentar el documento digital de la Resolución que aprueba la revalidación del grado o título profesional otorgada por una universidad peruana, autorizada por la Superintendencia Nacional de Educación Superior – SUNEDU; o estar inscrito en el Registro de Títulos, Grados o estudios de posgrado obtenidos en el extranjero-SERVIR, de conformidad a la Directiva N° 001-2014-SERVIR/GDCRSC, aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 010-2014-SERVIR/PE. En el caso de extranjeros podrán postular siempre y cuando cumplan con el marco normativo vigente.

#### ❖ **Cursos/ Estudios de especialización**

Los cursos deberán estar relacionados y ser afines a las funciones del puesto. (Visualizar cuadro resumen).

Se determina el cumplimiento de los requisitos mínimos para el puesto y, se califica a cada candidato como "APTO" si cumple con todos los requisitos mínimos o "NO APTO" si no cumple con alguno de ellos, de acuerdo a los criterios establecidos en los "Criterios de Evaluación Curricular".

Finalmente, se otorga el puntaje correspondiente sólo a los candidatos "Aptos" quienes podrán obtener un puntaje mínimo de treinta (30) puntos y un máximo de cincuenta (50) puntos.

Toda la información será presentada de manera obligatoria, debidamente foliado y firmado, iniciando el foliado desde la primera página de manera consecutiva hasta la última página del documento (de adelante hacia atrás). Un folio corresponde a una cara escrita del documento, de debe considerar que una hoja podría estar escrita para ambas caras, esto equivale a dos números de folios. **TODOS LOS DATOS QUE SEAN REGISTRADOS EN EL ROTULO DEL**

**SOBRE DEBERAN ESTAR ESCRITOS CON LETRA IMPRESA, CLARA Y LEGIBLE.**

El postulante a este proceso, no se podrá presentar a más de una plaza en la convocatoria, de presentarse a más de una plaza, será **NO ADMITIDO**.

El postulante que no sustente con documentos el cumplimiento de la totalidad de los requerimientos mínimos señalados en las bases del Concurso y Perfil, asimismo que no presente los anexos firmados de acuerdo a los formatos que se adjuntan, no será considerado para la siguiente etapa, considerándose como **ELIMINADO**.



El folder manila que contenga el CV documentado, debe de ir dentro de un sobre manila **CERRADO**, debiendo consignar el **ROTULO** establecido en las bases, que deberá **SER LLENADO POR EL POSTULANTE CON LETRA IMPRESA, CLARA Y LEGIBLE**.



El postulante deberá tener en cuenta que la utilización de otro rótulo diferente al establecido en las bases, que utilice en el sobre que contenga su currículum; conllevará a que sea eliminado automáticamente, no pudiendo pasar a la etapa de evaluación curricular.

Aquel candidato que obtenga un puntaje menor será considerado como **"NO APTO"**.

La lista de los resultados de la evaluación obtenida deberá publicarse en orden de mérito, con los puntajes obtenidos y señalando a las personas que fueron seleccionadas.



El puntaje final es la sumatoria de los puntajes de la evaluación curricular, tomando en cuenta las bonificaciones especiales que corresponde, siendo elegido como ganador del concurso, el/la postulante que obtenga mayor puntaje.

Los factores de evaluación dentro del proceso de selección tendrán un máximo y un mínimo de puntos, distribuyéndose de esta manera:

| EVALUACION                                | PESO %      | PUNTAJE MINIMO | PUNTAJE MAXIMO |
|---|-------------|----------------|----------------|
| EVALUACION CURRICULAR                     | 100%        |                |                |
| Puntaje Total de la Evaluación Curricular |             | 30             | 50             |
| <b>PUNTAJE TOTAL</b>                      | <b>100%</b> |                |                |

**BONIFICACION:**

- Las personas con discapacidad que cumplan con los requisitos para el cargo y hayan obtenido un puntaje aprobatorio obtendrán una bonificación del



quince por ciento (15%) del puntaje final obtenido, según Ley N° 29973 – Ley General de las Personas con Discapacidad.

- Bonificación por ser personal licenciado de las Fuerzas Armadas Se otorgará una bonificación del diez por ciento (10%) sobre el puntaje obtenido en la Etapa de Entrevista, de conformidad con lo establecido en el Artículo 4° de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE, siempre que el postulante lo haya indicado en su Hoja de Vida simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas.
- Bonificación a deportistas calificados de alto rendimiento De conformidad con los artículos 2° y 7° de la Ley N° 27674, se otorgará una bonificación a la nota obtenida en la evaluación curricular conforme al siguiente detalle:
  - a) **Nivel 1.** Deportistas que hayan participado en Juegos Olímpicos y/o Campeonatos Mundiales y se ubiquen en los cinco primeros puestos, o hayan establecido récord o marcas olímpicas, mundiales o panamericanas. El porcentaje a considerar será el 20%.
  - b) **Nivel 2.** Deportistas que hayan participado en Juegos Deportivos Panamericanos y/o Campeonatos Federados Panamericanos y se ubiquen en los tres primeros lugares o que establezcan récord o marcas sudamericanas. El porcentaje a considerar será el 16%.
  - c) **Nivel 3.** Deportistas que hayan participado en Juegos Deportivos Sudamericanos y/o Campeonatos Federados Sudamericanos y hayan obtenido medallas de oro y/o plata o que establezcan récord o marcas bolivarianas. El porcentaje a considerar será el 12%.
  - d) **Nivel 4.** Deportistas que hayan obtenido medallas de bronce en Juegos Deportivos Sudamericanos y/o Campeonatos Federados Sudamericanos y/o participado en Juegos Deportivos Bolivarianos y obtenido medallas de oro y/o plata. El porcentaje a considerar será el 8%.
  - e) **Nivel 5.** Deportistas que hayan obtenido medallas de bronce en Juegos Deportivos Bolivarianos o establecido récord o marcas nacionales. El porcentaje a considerar será el 4%.



## 1. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

- a) No estar inhabilitado administrativa y/o judicialmente para contratar con el Estado.
- b) No tener impedimento para contratar conforme a lo previsto en las disposiciones legales sobre la materia.
- c) No contar con sentencia firme por cualquiera de los delitos señalados en el artículo 1 de la Ley N° 30794.
- d) No percibir otro ingreso por el Estado, a excepción de la docencia.
- e) No tener antecedentes penales, policiales y/o judiciales.
- f) No estar en el Registro Nacional de Deudores Alimentarios Morosos.
- g) No estar en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido de SERVIR.
- h) No estar incurso en lo dispuesto en la Ley N° 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así



como de las personas que prestan servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual, y su Reglamento aprobado por D.S. N° 019-2002-PCM.

- i) No se tomará en cuenta al postulante que no consigne correctamente el CODIGO de la plaza al cual postula.
- j) No se devolverá la documentación presentada por los postulantes.



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

### 2.1 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 ningunos 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.
- d) Cuando los postulantes no hayan alcanzado el puntaje mínimo aprobatorio.



### 2.2 Declaratoria del proceso como cancelado

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) Por asunto institucionales imprevistos.
- d) Otras razones debidamente justificadas.



**SE ADJUNTA LOS PERFILES DE PUESTOS DE LAS PLAZAS DEL  
CONCURSO CAS RED HUAROCHIRI - N°004-2022/PCM**



**ANEXO N° 01**

Señores  
Red de Salud Huarochiri  
Atención. Comité de Proceso CAS para Evaluación y Selección de Personal

**CONVOCATORIA CAS - N° 004-2022**

Objeto del Contrato y/o cargo: \_\_\_\_\_

Proceso N°: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

N° de Folios Presentados: \_\_\_\_\_



ANEXO N° 02

DECLARACION JURADA

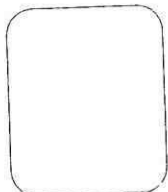
El que suscribe,..... identificado con  
DNI N°....., RUC N°..... y con domicilio real en  
....., Estado  
Civil..... natural del Distrito de .....  
Provincia de ..... Departamento de.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No encontrarme sancionado en ninguna entidad pública, (De haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere el caso).
3. No encontrarme inhabilitado para ejercer cargo en el Estado.
4. No tener inhabilitación vigente en el registro de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD.
5. No encontrarme *incurso* en caso de Nepotismo.
6. No tener antecedentes policiales ni penales.
7. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
8. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato, y no contar con vínculo con el Estado en otra entidad pública.
9. Encontrarme en buen estado de salud, clínicamente apto.
10. Que la información detallada en mi Currículo Vitae, así como los documentos que se incluyen, son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que Compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022



Huella Digital

FIRMA DEL DECLARANTE

Apellidos:.....  
Nombres:.....  
DNI N°:.....





ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA

La (el) que suscribe \_\_\_\_\_,  
identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_, de nacionalidad  
\_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_, de profesión  
\_\_\_\_\_, con carácter de Declaración Jurada manifiesto lo siguiente:

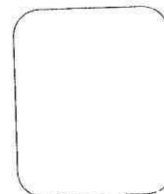
1. NO tener antecedentes Penales<sup>1</sup>, Policiales, ni Judiciales.
2. Gozar de Buena Salud Física y Mental.
3. NO Estar inhabilitado para contratar con el Estado.
4. NO tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970
5. NO estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD.
6. NO encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional,
7. NO encontrarme en proceso judicial vigente en contra de los establecimientos de salud de la Red de Salud de Huarochirí,

Declaro bajo juramento, someterme a las disposiciones de las Bases que regula el presente Proceso de Selección para la Contratación de Personal bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios.

Así también, declaro que todo lo contenido en mi Hoja de Vida y los documentos que lo sustentan son verdaderos; de no ser así me someto a las disposiciones legales correspondientes.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – 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.

Ricardo Palma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022



Huella Digital

FIRMA DEL DECLARANTE

Apellidos:.....

Nombres:.....

DNI N°:.....

<sup>1</sup> Ley N°29607

**ANEXO N° 04**

**DECLARACION JURADA DE PERTENECER A GRUPO DE FACTOR DE RIESGO POR PROPAGACION DEL COVID-19**

Yo, ..... identificado/a con número de DNI N°....., postulante al proceso de selección CAS COVID N°..... para el cargo de ....., cuyas funciones las desarrolla en base a las condiciones y lugar establecido en la convocatoria bajo el estricto respeto del derecho a la intimidad que la ley me confiere y con carácter de confidencialidad, declaro ante usted las siguientes respuestas:

¿Usted se encuentra en alguno(s) de los siguientes factores de riesgo?

| FACTOR DE RIESGO  | MARCAR |
|---|--------|
| ❖ Edad Mayor De 65 Años                                       |        |
| ❖ Hipertensión Arterial No Controlada                         |        |
| ❖ Enfermedades Cardiovasculares Graves                        |        |
| ❖ Cáncer  |        |
| ❖ Obesidad IMC>=40  |        |
| ❖ Diabetes Mellitus   |        |
| ❖ Asma moderada grave   |        |
| ❖ Enfermedad pulmonar crónica                                 |        |
| ❖ insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis |        |
| ❖ Enfermedad o tratamiento inmunosupresor                     |        |
| ❖ Embarazada o en periodo de lactancia                        |        |
| ❖ Ninguno   |        |

En caso que se encuentre incurso en algunas de las enfermedades que se indica en el cuadro anterior, indicar la medicación que se encuentra recibiendo. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Todos los datos expresados en el presente documento constituyen declaración jurada de mi parte, aceptando las responsabilidades que puedan derivarse si algún dato declarado fuese falso.

Asimismo, autorizo a la Entidad, el uso confidencial de la información brindada, solo y exclusivamente para los fines de salvaguardar la salud y bienestar de los trabajadores en caso me incorpore a la entidad.

Ricardo Palma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DECLARANTE  
NOMBRES Y APELLIDOS







**ANEXO N° 05**

**DECLARACION JURADA DE NEPOTISMO**

El que suscribe .....  
identificado con DNI N° ....., con RUC N° ..... domiciliado en .....

declara bajo juramento:  
No tener grado de parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con personal que preste y/o prestó servicio en el RED DE SALUD HUAROCHIRI, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicio o Contratos de Administración de Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad-Honorem.



**EN CASO DE TENER PARIENTES EN LA RED DE SALUD HUAROCHIRI**

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia (Departamento) ....., de la RED DE SALUD HUAROCHIRI, presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:



| APELLIDOS | NOMBRES | PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL | OFICINA Y/O SERVICIO |
|-----------|---------|-------------------------------|----------------------|
|           |         |                               |                      |
|           |         |                               |                      |
|           |         |                               |                      |
|           |         |                               |                      |



Lo que declaro para su verificación y fines pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Ricardo Palma, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2022

FIRMA DEL DECLARANTE  
NOMBRES Y APELLIDOS:.....  
DNI N° .....





ANEXO N° 06

DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe ..... , identificado con DNI N° ..... , con RUC N° ..... domiciliado en ..... contratado/nombrado con Resolución/Contrato N° ..... de fecha ..... bajo el cargo de ..... declaro bajo juramento:

- ❖ No tener impedimento para ocupar un cargo de confianza en el Estado.
- ❖ Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- ❖ Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
- ❖ Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- ❖ No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
- ❖ No percibí otra remuneración o ingreso del Estado.

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022.



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DECLARANTE  
NOMBRES Y APELLIDOS:.....  
DNI N° .....





ANEXO N° 07

DECLARACIÓN JURADA RÉGIMENES PREVISIONALES

LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:

El que suscribe ..... identificado  
con DNI N° ..... con RUC N° ..... domiciliado  
en ..... declaro bajo  
juramento que no soy Pensionista de ningún Régimen Público o Privado (D.L. 20530 o  
D.L. 19990 o AFP).

LLENAR EN CASO DE SER PENSIONISTA:

En caso de pertenecer a algún régimen pensionario, declaro bajo juramento ser  
pensionista (marcar con X según corresponda):

1.  20530 .....  
Entidad
2.  D.L. 19990 - Oficina de Normalización Provisional
3.  Otros indicar .....

Me comprometo a suspender mi pensión detalla en líneas arriba, con el fin de poder  
prestar servicios en la entidad baja la modalidad de Contrato Administrativo de  
Servicio (CAS).

Nombres y Apellidos: .....

D.N.I. N°: .....

Domicilio: .....

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI N° .....





**ANEXO N° 08**

**DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE PENSIONES**

Yo ..... identificado con  
DNI N° ..... declaro bajo juramento:

✓ Mi consentimiento de afiliarme:

Régimen Nacional de Pensiones ONP

Régimen Privado de Pensiones – AFP

AFP .....

✓ Que me encuentro afiliado al siguiente régimen:

Régimen Nacional de Pensiones ONP Fecha de Inscripción: .....

Régimen Privado de Pensiones – AFP .....

✓ Que soy pensionista actualmente en

Régimen Nacional de Pensiones ONP

Régimen Privado de Pensiones – AFP

Y proceder así, a los descuentos respectivos por ser un nuevo Contrato Administrativo de Servicio, según Decreto Legislativo 1057 (Artículo N° 6, índice 6.2) y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo 075-2008-PCM (Artículo 10 Índice 10.2; y en el caso de ser pensionista no es obligatorio la afiliación).

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI N° .....



ANEXO N° 09

DECLARACIÓN JURADA CÓDIGO DE ÉTICA

(Ley N° 27815 "Ley de Ética de la Función Pública" y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM  
"Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública")

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE  
LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN  
PÚBLICA Y SU REGLAMENTO

Por la presente yo \_\_\_\_\_, identificado  
con DNI N° \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, distrito \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_,  
departamento \_\_\_\_\_

DECLARO QUE:

He recibido un ejemplar de la Ley N° 27815 "Ley del Código de ética de la Función Pública", así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública".

Tengo conocimiento del contenido y lo estipulado en el Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento.

Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública", donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI N°.....





ANEXO N° 10

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo, ....., identificado con DNI N° ..... en calidad de trabajador, declaro bajo juramento:

Guardar la reserva del caso respecto de información privilegiada a la que pudiera acceder y a no divulgar ni utilizar información que, pese a no tener carácter de reserva por norma expresa, pudiera resultar privilegiada en su contenido y ser utilizada en beneficio propio o de terceros con el consiguiente perjuicio a la RED DE SALUD HUAROCHIRI y al ESTADO.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con la RED DE SALUD DE HUAROCHIRI, declaro bajo juramento que aceptaré los impedimentos señalados en la Ley N° 27588.

En caso incumpla lo declarado en la presente, me someteré a las medidas, sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el DS. N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiera lugar.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022

Firma

DNI N° .....







ANEXO N° 11

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES

Yo, ..... identificado (a)  
con DNI 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 del 26 de octubre del 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada solicitado 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.

Ricardo Palma, ..... de ..... del 2022

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI N° .....





**ANEXO N° 12**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES POLICIALES NI JUDICIALES**

Yo, ..... identificado  
con DNI N° ..... y con domicilio en .....  
..... distrito....., provincia.....  
departamento.....

**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 Red de Salud de Huarochiri 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 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.

Ricardo Palma,..... de..... del 2022

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI N° .....



| PROCESO DE SELECCIÓN DE CONTRATACION DE LA RED DE SALUD HUAROCHIRÍ POR REEMPLAZO CAS -003-2022 |                                |          |                |              |                                  |          |                       |  |  |
|--|--------------------------------|----------|----------------|--------------|----------------------------------|----------|-----------------------|--|--|
| PLAZA  | REEMPLAZA                      | DNI      | PROFESION      | FECH. INICIO | NOMBRES Y APELLIDOS              | DNI      | L. DE ESTABLECIMIENTO |  |  |
| 000436   | CALDERON ESPINOLA MAYTE CAMILA | 47157006 | M.CIRUJANO     | 22/03/2022   | LLERENA POLO CHRISTIAN JOSE      | 10390190 | C.S. SAN MATEO        |  |  |
| 000439   | ROJAS BALTAZAR JUAN HIPOLITO   | 10370058 | M.CIRUJANO     | 22/03/2022   | CARRERA ROJAS KENNETH KEITH      | 47134197 | P.S. ANTIOQUIA        |  |  |
| 000453   | VARGAS PORRAS GRACIELA MARIVEL | 41688339 | OBSTETRA       | 22/03/2022   | MARTINEZ VERA YESSIKA MARILIN    | 72764348 | P.S. EL VALLE         |  |  |
| 000552   | FLORES CARBAJAL ERIKA          | 44654048 | M.CIRUJANO     | 22/03/2022   | PAMPA TIPULA JOSE CARLOS         | 46959191 | C.S. HUAROCHIRÍ       |  |  |
| 000561   | MUÑOZ BAUTISTA YOANNIS BELKIS  | 70066118 | LIC. ENFERMERA | 22/03/2022   | CUADRADO ALCOSER MADELEINE TERES | 41160291 | C.S. HUAROCHIRÍ       |  |  |
| 000421   | NAMAY REYES EVER JOSE          | 43956292 | LIC. ENFERMERA | 22/03/2022   | NILDA HUAMAN FRENANDEZ           |          | C.S. SAN MATEO        |  |  |
| 000435   | MEZA SALAZAR HEPZAY MARTIN     | 47031460 | M.CIRUJANO     | 22/03/2022   | SUAREZ LOPEZ GERARDO             |          | P.S. CUCUYA           |  |  |



# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** RED DE SALUD HUARACHIRI  
**Denominación:** MEDICO CIRUJANO  
**Nombre del puesto:** MEDICO CIRUJANO  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** JEFE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
**Dependencia Jerárquica funcional:** NO APLICA  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención médica integral en el campo asistencial en los establecimientos de salud del primer nivel, segundo nivel o tercer nivel de atención que comprende la promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de riesgos de enfermedades, así como la recuperación y rehabilitación de la salud.

## FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Brindar atención médica en el campo asistencia e la su en e estab ecimiento de salud. Efectuar intervenciones m dicas; preventivas ó promocionales ó de recuperación de la salud del paciente.
- 2 Supervisar la aplicación de tratamiento médico dirigido al paciente e acuerdo a normas y guías e atención estandarizados. Participar en la sectorización del EE.SS
- 3 Brindar atención medica integral de las personas, que comprende a promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de ríesgos de enfermedades, así como la recuperación y rehabilitación de la salud.
- 4 Aplicación de las políticas sanitarias en el marco de las prioridades regionales, que contribuyan a la reducción de la morbimortalidad materno infantil las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- 5 Atención Medica de acuerdo al perfil epidemiologico de la zona, priorizando el diagnostico y tratamiento de la anemia en los niños y niñas menores de 5 años de edad aplicando las guías de práctica clínica.
- 6 Participación activa en las campañas de atención integral a realizarse en las comunidades del ámbito del EE.SS donde labore. Monitoreo de los Indicadores sanitarios.
- 7 Atención de urgencias y emergencias materno infantiles. Realizar el monitoreo de la suplementación del niño y niña menores de 5 años. Participación en la elaboración de implementación de Proyectos de mejora continua según brechas identificadas.
- 8 Realizar visitas de seguimiento de las diferentes estrategias sanitarias (PCT, ESNI, Metaxénicas, salud mental, CREO, etc.) en coordinación con el resto de rofesionales de la salud.
- 9 Contribuir a la definición de una estrategia para fortalecer las competencias del personal de salud vinculado en los territorios relacionadas con la ejecución de acciones de detección temprana de alteraciones, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento a las personas con ENT.
- 10 Diseñar una propuesta de modalidades de atención integral en salud para ENT al alcance de los niños y el ciudadano en medios rurales y urbanos.
- 11 Otras funciones asignadas por su jefe inmediato



## COORDINACIONES PRINCIPALES

### Coordinaciones Internas

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

### Coordinaciones Externas

Con médicos especialistas y otros profesionales de la salud de otras entidades.

## FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

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

C.) ¿Se requiere Colegiatura?



|  |                          |                                     |   |                           |  |
|--|--------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------|--|
|  | Incompleta               | Completa                            | <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                | TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Secundaria                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> Bachiller                                  |                           | ¿Requiere habilitación profesional?                                |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura            |                           | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> Maestría                                   |                           | Resolución de SERUMS   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |                           | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No |

**CONOCIMIENTOS**

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requiere documentación sustentaria):  
 Conocimientos vinculados a las funciones del puesto.

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.  
 Nota: : Los cursos o capacitaciones deben mencionar las horas o créditos realizados, mínimo 90 horas  
 Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:  
 Estudios relacionados con atención integral de la persona familia y comunidad.  
 Capacitación en manejo y uso de protocolos de atención en salud materno infantil, emergencias, enfermedades prevalentes de la zona.  
 Cursos y capacitaciones relacionados a la Profesión.



C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

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

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

**EXPERIENCIA**

Experiencia general  
 Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.  
 2 años como mínimo.

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

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

C.) Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera oiga adicional para el puesto.  
 SERUMS

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

Conocimientos en Temas de Atención Integral, salud pública, promoción de la salud, Diagnóstico y Manejo de emergencias y urgencias médicas, Manejo de las enfermedades prevalentes de la zona, conocimiento del Paquete de Atención Integral en Salud por etapa de vida, habilidad para atención de partos y emergencias materno infantil.  
 Empatía, capacidad para el trabajo en equipo, Trabajo bajo presión, Habilidades para convocar a la población, Capacidad negociadora con la población y otros actores institucionales, colaboración con los demás miembros, Capacidad para tomar decisiones.  
 Disponibilidad de tiempo para el cumplimiento de metas y obligaciones.





# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** RED DE SALUD DE HUAROCHIRÍ  
**Denominación:** Enfermera/o  
**Nombre del puesto:** Enfermera/o  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** Dirección/Oficina/Jefe del Establec. de Salud/Departamento/Servicio/Unidad  
**Dependencia Jerárquica funcional:** NO APLICA  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención y asistencia en las estrategias sanitarias en el campo asistencial de enfermería al individuo, familia y comunidad, contribuyendo en el cuidado de su salud en los establecimientos de salud según su nivel atención.



## FUNCIONES DEL PUESTO

- Prevenir los riesgos de exposición al COVID-19.
- Aplicar a cada paciente, al regreso o reincorporación, la ficha de sintomatología COVID-19 que debe ser respondida en su totalidad.
- Brindar asistencia como enfermera para el cuidado de pacientes de Coronavirus 19, de acuerdo a guías y procedimientos establecidos.
- Encargarse del control de la temperatura (toma y registro) de la población.
- Aplicar las pruebas serológicas o moleculares para el Covid-19 según las normas del Ministerio de Salud (Minsa) a los pacientes, así como de las personas que se reincorporan a puestos de trabajo con muy alto, alto y mediano riesgo de exposición al virus.
- Aplicar las pruebas serológicas o moleculares para el Covid-19 según las normas del Ministerio de Salud (Minsa) a los pacientes, así como de las personas que se reincorporan a puestos de trabajo con muy alto, alto y mediano riesgo de exposición al virus.

## COORDINACIONES PRINCIPALES

**Coordinaciones Internas**  
Profesionales de la salud, Jefe del establecimiento de salud, otras áreas y servicios.

**Coordinaciones Externas**  
Organizaciones e Instituciones Locales, Líderes y agentes comunitarios de salud, actores sociales.

## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <i>Incompleta</i>        | <i>Completa</i>          |
| <input type="checkbox"/> Secundaria                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Egresado(a)  
 Bachiller  
 Título/ Licenciatura

Titulo de Licenciada/o en Enfermería

### C.) ¿Se requiere Colegiatura?

Sí  No

¿Requiere habilitación profesional?

Técnica Superior (3 ó 4 años)

Universitario

Maestría  Egresado  Titulado

Doctorado  Egresado  Titulado

[Empty box]

[Empty box]

Sí  No

¿Requiere SERUM?

Sí  No

**CONOCIMIENTOS**

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

Conocimientos vinculados a las funciones del puesto

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

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

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

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

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



**EXPERIENCIA**

Experiencia general

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

01 año, mínimo

Experiencia específica

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

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

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

01 año, mínimo

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

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público  NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

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

01 año, mínimo

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

NINGUNO

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

Orientación al servicio