

**HOSPITAL HUARAL Y SBS****CONVOCATORIA CAS N° 013-COVID-19 – 2021****PARA LOS CENTROS DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19****I. GENERALIDADES****1.1 Objeto de la Convocatoria:**

Contratar los servicios Profesionales de Licenciados en Enfermería y Técnicos en Enfermería, bajo la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 - CAS COVID-19, para prestar servicios asistenciales en las brigadas de los Centros de Vacunación contra la COVID-19.

**1.2. Dependencia, Unidad Orgánica y/o Área Solicitante.****NOMBRE:** HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD**RUC:** 20180817680**DOMICILIO LEGAL:** Av. Tacna 120 Urbanización San Juan II**PERIODO: INICIO** 06 de Agosto del 2021**TERMINO** 31 de Agosto del 2021**RED DE SALUD HUARAL – CHANCAY**

ORGANO/UNIDAD ORGANICA	CARGO	CANTIDAD PEAS	REMUNERACION (S/)
OFICINA DE SALUD INTEGRAL	ENFERMERA	14	6,000.00
Total General		14	

**3. Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación.**

El Área usuaria y la Unidad de Personal del Hospital San Juan Bautista de Huaral.

**4. Base legal**

- Decreto Supremo N° 009-2021-SA, Decreto Supremo que declara la Emergencia Sanitaria a Nivel Nacional por el plazo de ciento ochenta (180) días calendarios y dicta medidas de prevención y control del COVID-19.
- Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Contrato Administrativo de Servicios (CAS).



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

- Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, modificado por el Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.
- Decreto de Urgencia N° 090-2020 que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos Humanos en salud para afrontar la Pandemia por la **COVID -19**.
- Decreto de Urgencia N° 051-2021 Decreto de Urgencia que Autoriza Medidas Extraordinarias para Fortalecer los Equipos de Coordinación y las Brigadas de Vacunación, para Incrementar la Capacidad de Respuesta de los Centros de Vacunación Contra la Covid-19.
- Lineamientos para la Contratación de Personal en la Modalidad de CAS tomando como base las disposiciones extraordinarias en materia de contratación de Personal del Sector Público, emitidos por el MINSA y remitidos con el CIRCULAR N° 047-2020-OGGRH/MINSA.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 UJE 007 - HOSPITAL HUARAL Y SBS

Lic. Ardm. Robinson Valle Floreán  
 Jefe de la Unidad de Personal

**II. PERFIL DE PUESTO**

Todo postulante deberá cumplir con el perfil de puesto requerido por el área usuaria. Del mismo modo, es requisito contar con SERUMS y colegiatura en los casos que corresponda, conforme se define en los perfiles de puesto.

De corresponder para los Profesionales de la Salud se podrá aplicar el numeral 3.1 del artículo 3 del Decreto de Urgencia N° 090-2020.

- Se detallan los perfiles de acuerdo al requerimiento de las áreas usuarias en el **Anexo N° 04: Perfiles de Puesto**.

**III. CONDICIONES DEL CONTRATO**

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	Hospital San Juan Bautista de Huaral y Red de Salud Huaral – Chancay (Zona Costa y Zona Sierra).
Duración del Contrato	<b>INICIO</b> 06 de Agosto del 2021 <b>TERMINO</b> 31 de Agosto del 2021
Remuneración Total	Indicada en la Convocatoria
Otras condiciones del servicio	Disponibilidad Inmediata

**IV. MODALIDAD DE POSTULACIÓN**

**4.1 Postulación Vía Electrónica:** Las personas interesadas en participar en el proceso que cumplan con los requisitos establecidos, deberán enviar su curriculum vitae en formato digital (PDF) al **correo dispuesto para el área usuaria\*** con copia al correo: [convocatoriashospitalhual@gmail.com](mailto:convocatoriashospitalhual@gmail.com). El área

[WWW.HOSPITALHUARAL.GOB.PE](http://WWW.HOSPITALHUARAL.GOB.PE)

Calle Tacna 120 Urb. San Juan II - Huaral

Central Telefónica: 2462990/2465321/2464600/2464892/2464891 Emergencia: 2464600 Teléfax: 2461038

E-mail: [hhuaral@hospitalhual.gob.pe](mailto:hhuaral@hospitalhual.gob.pe)



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

usuaria realizará las verificaciones que correspondan a los perfiles solicitados dentro del horario y fecha establecida en el cronograma indicando en el asunto del correo lugar de postulación, Nombre del cargo al que postula, Datos personales seguido el número de DNI, caso contrario NO se evaluará lo presentado.

➤ Para postulación el postulante deberá indicar lo Siguiete; ver el Ejemplo:

**"CAS N°08.-Area Solicitante–Cargo del puesto - Apellidos y nombres". DNI**

**Ejemplo:** CAS N°13 – Oficina de Salud Integral – Enfermera - Noelia Ríos Wong – 15401578

NOTA.- Las postulaciones que no cumplan con el envío de todos los requisitos solicitados o utilizan otro formato no serán consideradas aptas/os para el proceso.

(*) AREA USUARIA	CORREO ELECTRONICO
OFICINA DE SALUD INTEGRAL	oficinadesaludintegral@gmail.com

## V. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO	FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
<b>CONVOCATORIA</b>		
<b>Publicación de la Convocatoria</b>	<b>02 de Agosto de 2021</b>	
<b>Postulación Vía Electrónica</b> Presentación del CV documentado en formato PDF, se remitirá al correo electrónico dispuestos para cada área usuaria indicados en el numeral 4.1, con copia al correo electrónico: <a href="mailto:convocatoriashospitalhual@gmail.com">convocatoriashospitalhual@gmail.com</a>	<b>03 y 04 de Agosto de 2021</b>	Unidad de Personal
<b>SELECCIÓN</b>		
<b>Evaluación de currículos</b>	<b>05 de Agosto de 2021</b> (hasta las 16:00)	Área Usuaria
<b>Publicación de Resultados</b>	<b>05 de Agosto de 2021(a partir de las 16:00 horas)</b> Portal Web Institucional	Unidad de Personal
<b>SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO E INICIO DE ACTIVIDADES</b>	<b>06 de Agosto de 2021</b>	Unidad de Personal



## VI. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

### 6.1 De la presentación de la Hoja de Vida

1. La información consignada en el Currículum Vitae u Hoja de Vida 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.
2. Los documentos presentados por los postulantes no serán devueltos.
3. Los documentos presentados deben ser escaneados en Original.
4. El profesional en caso de no contar con SERUMS, se podrá contratar sin este requisito de acuerdo al Decreto de Urgencia N° 090-2020 - Artículo 3, inciso 3.1 "Medidas Complementarias para cierre de Brechas de recurso humano en salud", solo se exige la resolución que acredite la condición de egresado.

### 6.2 Documentación Adicional

- Solicitud de Inscripción según formato Anexo N° 01 (publicado WEB-HOSPITAL HUARAL)
- Declaración Jurada según formato Anexo N° 02 (publicado WEB-HOSPITAL HUARAL)
- Los formatos de Declaración Jurada, deberán descargarse, imprimirse y presentarse debidamente firmados y con impresión dactilar.
- Ficha Única de Datos Anexo N° 03 (publicado WEB-HOSPITAL HUARAL)

## VII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O CANCELACIÓN DEL PROCESO

### 7.1 Declaratoria del Proceso como Desierto.

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

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

### 7.2 Cancelación del Proceso de Selección.

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

- a. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- b. Por restricciones presupuestales.
- c. Otros supuestos debidamente justificados.

## VIII. LUGARES DE RECEPCIÓN DE CV DOCUMENTADOS

La postulación será vía correo electrónico directamente a los correos indicado en el cuadro siguiente: Los archivos a enviar es el Currículum Vitae Documentado en PDF a los correos de las áreas usuaria. No se admitirán postulaciones utilizando otra vía de presentación.



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”

**ANEXO N° 01**

**SOLICITO: PARTICIPAR EN CONVOCATORIA CAS COVID-19-2021\_HOSPITAL HUARAL Y SBS.**

**SEÑORES**

**HOSPITAL HUARAL Y SBS**

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
UJE 407 - HOSPITAL HUARAL Y SBS

Lic. Robinson Valle Florencia  
Jefe de la Unidad de Personal

Yo, ....., identificado con DNI  
N°....., con domicilio legal  
en....., Distrito de  
....., Provincia de ..... Departamento de  
.....; ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo conocimiento de la Convocatoria **CAS COVID-19 N° 013-2021**, el cual se llevará a cabo en el Hospital Huaral y SBS, y contando con los requisitos necesarios para ocupar la plaza de **ENFERMERA/O** en la Unidad Orgánica **OFICINA DE SALUD INTEGRAL**, solicito se me admita como postulante y aceptar mi participación en el presente Concurso, para lo cual me someto a lo dispuesto por las normas vigentes.

Asimismo, declaro bajo juramento que cumplo con los requisitos y que los documentos que presento en este concurso, proporcionan información veraz.

Por lo expuesto: Ruego a usted señor presidente, aceptar mi solicitud por ser procedente y justa.

Huaral,..... de..... del 2021

-----  
Firma del postulante



Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”

**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.
9. Que la información detallada en mi Currículo Vitae, así como los documentos que se incluyen, son verdaderos.
10. No me encuentro registrado en los aplicativos informativos INFORHUS e AIRHSP.

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.

Huaral, .....de ..... del 2021

-----  
**FIRMA DEL DECLARANTE**



Huella Digital

Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCION REGIONAL DE SERVICIOS  
UJE. 407 HOSPITAL HUARAL Y S.B.S.  
Lic. Arim. Robinson Valle Floreán  
Jefe de la Unidad de Personal



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
**Dirección Regional de Salud****Ficha Única de Datos**

Foto actualizada

La Oficina General de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

**DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres:			
DNI N°		RUC N°	
Fecha de nacimiento	/ /	Distrito-Provincia-Departamento	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo	
Enfermedades /Alergias			
En caso de emergencia contactar a:			
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia	
Estado Civil	( ) Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Viudo (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Conviviente		
Discapacidad	( ) Sí ( ) No		
Tipo de discapacidad	( ) Físicas ( ) Sensoriales ( ) Mentales ( ) Intelectuales		

**DOMICILIO**

<b>Tipo de Vía (marcar con "X")</b>			
( ) Avenida ( ) Jirón ( ) Calle ( ) Pasaje ( ) Alameda ( ) Malecón ( ) Óvalo ( ) Parque ( ) Plaza ( ) Carretera ( ) Trocha ( ) Otros: Especificar			
Nombre de la vía :		Número :	
		Interior :	
<b>Tipo de Zona (marcar con "X")</b>			
( ) Urbanización ( ) Pueblo Joven ( ) Unidad Vecinal ( ) Conjunto Habitacional ( ) Asentamiento Humano ( ) Cooperativa ( ) Residencial ( ) Zona Industrial ( ) Grupo ( ) Caserío ( ) Fundo ( ) Otros especificar			
Nombre de la zona:		Número :	
		Interior :	
Ubicación geográfica:	Departamento	Provincia	
		Distrito	
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)			

**DATOS FAMILIARES**

Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 UJE 407 - HOSPITAL HUARAL Y SBS

Lic. Agr. Robinson Valle Floreacin  
 jefe de la Unidad de Personal



# GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado		N° de Colegiatura	
Estudios Superiores (Universitario - Técnico)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/ Egresado/ Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Especialización - Diplomados			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Cursos - Seminarios			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 UJE 407 HOSPITAL HUARAL Y SBS

Lic. Arlyn Robinson Valle Floreán  
 Jefe de la Unidad de Personal





# GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
U.E. 407 HOSPITAL HUARAL Y SBS  
Lic. Am. Robinson Vaité Floreán  
Jefe de la Unidad de Personal

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

WWW.HOSPITALHUARAL.GOB.PE

Calle Tacna 120 Urb. San Juan II - Huaral

Central Telefónica: 2462990/2465321/2464600/2464892/2464891 Emergencia: 2464600 Teléfax: 2461038

E mail: bhuaral@hospitalhuaral.gob.pe



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**

HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”

# Anexo N° 04:

# Perfiles de Puesto.

[WWW.HOSPITALHUARAL.GOB.PE](http://WWW.HOSPITALHUARAL.GOB.PE)

Calle Tacna 120 Urb. San Juan II - Huaral

Central Telefónica: 2462990/2465321/2464600/2464892/2464891 Emergencia: 2464600 Teléfax: 2461038

E-mail: [hhuaral@hospitalhuaral.gob.pe](mailto:hhuaral@hospitalhuaral.gob.pe)

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Ejecutora:** HOSPITAL HUARAL y SBS  
**Nivel U.E.:** II - 2  
**Unidad Orgánica:** RED DE SALUD HUARAL CHANCAY  
**Denominación:** ENFERMERA(O)  
**Nombre del puesto:** ENFERMERA(O)  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** OFICINA DE SALUD INTEGRAL  
**Dependencia Jerárquica funcional:** NO APLICA  
**Puestos que supervisa:** NO APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención en vacunación contra la COVID 19.

### FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Monitoreo, control y seguimiento de pacientes para la vacunación contra el COVID 19.
- 2 Controlar y realizar seguimiento a pacientes respecto a la vacunación contra el COVID 19
- 3 Visita domiciliaria a pacientes para la vacunación contra el COVID 19.
- 4 Participar de acciones de coordinación reuniones según necesidad.
- 5 Otras actividades solicitadas asignadas por el jefe inmediato.

### COORDINACIONES PRINCIPALES

**Coordinaciones Internas**  
 Jefatura del establecimiento de salud  
**Coordinaciones Externas**  
 Organizaciones e instituciones locales

### FORMACIÓN ACADÉMICA

**A.) Formación Académica**

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica básica (1 o 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica superior (3 o 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque si requiere Colegiatura:  Sí  No  
 Marque si requiere habilitación profesional:  Sí  No

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

Egresado(a)  
 Bachiller  
 Título/ Licenciatura

Licenciado(a) de enfermería

### C.) Estudios de posgrado requerido para el puesto

	Egresado	Grado/ Titulado
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Segunda especialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 74 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

### CONOCIMIENTOS

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

Conocimientos vinculados a las funciones del puesto

#### B.) 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 laboral general**

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

Sin experiencia laboral

**Experiencia específica**

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

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

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

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

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

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

Capacidad de trabajo en equipo, liderazgo y organización

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
U.E. 407 - HOSPITAL HUARAL Y SBS

.....  
Lc. Adm. Robinson Valle Flores  
Jefe de la Unidad de Personal

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
U.E. N° 407 - HOSPITAL HUARAL Y SBS

.....  
Mg. Nancy Haydee Burgos López  
C.O.P. 26745  
(e) de la Oficina de Salud Integral