

**FE DE ERRATAS**

**COMISION EVALUADORA DEL CONCURSO PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE  
SERVICIOS CAS N° 004-OA HOSPITAL CHULUCANAS II-1**

La COMISIÓN EVALUADORA DEL CONCURSO PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS CAS N° 004-OA HOSPITAL CHULUCANAS II-1, pone de conocimiento la FE DE ERRATAS de las bases publicadas en el portal institucional del Hospital de Chulucanas II-1, por lo que emitimos el presente según el adjunto al presente documento.

Chulucanas, 26 de noviembre de 2024.

  
\_\_\_\_\_  
JUAN CARLOS RODRIGUEZ OLIVA  
PRESIDENTE COMISIÓN CAS

**1. DICE:**

**"8. SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

(..)

(\*) Cuando se presente un empate entre los postulantes que ocuparon el segundo orden de mérito, se realizará un sorteo entre los postulantes que han obtenido el segundo lugar de mérito en la evaluación.

Se notificará a los postulantes a presentarse en la Oficina de Administración del Hospital de Apoyo de Chulucanas II-1, para su participación en el sorteo. En el caso que el postulante que no se presentara al sorteo, se dará por ganador (a) al (la) postulante presente, cuando se trate de ser único postulante.

**DEBE DECIR:**

**"8. SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO**

(...)

(\*) Cuando se presente un empate entre los postulantes, se tendrá en cuenta la antigüedad del Título obtenido en Pre grado.

(\*) Que, con respecto a los médicos Especialistas, si estos no cumplen con adjuntar su RNE en el plazo de tres meses, se dejará sin efecto el contrato suscrito, tal y como se ha señalado en el perfil de las bases.

- 2. SE ADJUNTAN LOS SIGUIENTES ANEXOS A LAS BASES PUBLICADAS:**  
ANEXO N° 01- FORMATO-FICHA DE DATOS PERSONALES DOCUMENTADA  
ANEXO N° 02- FORMATO-DECLARACION JURADA DE POSTULACION AL PROCESO  
ANEXO N° 03- FORMATO-DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO
- 3. SE ADJUNTAN LOS SIGUIENTES PERFILES DE PUESTOS A LAS BASES PUBLICADAS:**  
TECNICO ASISTENCIAL RAYOS X  
TECNOLOGO MEDICO EN RADIOLOGÍA  
MEDICO RADIOLOGO  
MEDICO GINECOLOGO



**ANEXO 01  
FICHA DE DATOS PERSONALES**

FICHA DE POSTULANTE DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES									
DATOS LABORALES									
CÓDIGO		NOMBRE DEL PUESTO						ÓRGANO	
UNIDAD ORGÁNICA				JEFE DIRECTO				PUESTO DEL JEFE DIRECTO	
DATOS PERSONALES									
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Y NOMBRES						GENERO	
DNI	CARNET DE EXTRANJERÍA							F	M
DIRECCIÓN								DISTRITO	
PROVINCIA		DEPARTAMENTO			REFERENCIA DIRECCIÓN				
FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		LUGAR DE NACIMIENTO (DISTRITO/PROVINCIA/DEPARTAMENTO)			CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL				
TELÉFONO DOMICILIO		TELÉFONO CELULAR 1			TELÉFONO CELULAR 2		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL ALTERNO		
CONADIS		N° CARNET/CÓDIGO		FUERZAS ARMADAS		N° CARNET/CÓDIGO			
ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA (AJUSTE RAZONABLE DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN)									
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO (DD/MM/AAAA)				TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO (DD/MM/AAAA)					
FORMACIÓN ACADÉMICA									
NIVEL EDUCATIVO	GRADO ACADÉMICO	NOMBRE DE LA CARRERA/MAESTRÍA/DOCTORADO	AÑO		CENTRO DE ESTUDIOS				
			DESDE	HASTA					
PRIMARIA									
SECUNDARIA									
FORMACIÓN BÁSICA									
FORMACIÓN BÁSICA									
TÉCNICA SUPERIOR									
UNIVERSITARIO									
MAESTRÍA									
DOCTORADO									
OTROS (ESPECIFICAR)									
COLEGIO PROFESIONAL				NUMERO DE COLEGIATURA					
CONDICIÓN A LA FECHA	¿HABILITADO?	SI	NO	¿INHABILITADO?	MOTIVO				

IDIOMAS Y/O DIALECTO				OFIMÁTICA (PROCESADOR DE TEXTOS, HOJA DE CALCULO, PROGRAMAS DE PRESENTACIONES, ETC.)				
IDIOMAS Y/O DIALECTOS	MARQUE CON UNA "X" EL NIVEL ALCANZADO			CONOCIMIENTOS	MARQUE CON UNA "X" EL NIVEL ALCANZADO			
	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO	
ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (CURSO, DIPLOMADO, PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN)								
TIPO DE ESTUDIO	NOMBRE DEL CURSO/DIPLOMADOS/PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN	PERIODO DE ESTUDIOS		HORAS	CENTRO DE ESTUDIOS			
		INICIO	FIN					
EXPERIENCIA LABORAL (COMPLETAR DESDE EL ULTIMO TRABAJO O TRABAJO ACTUAL)								
EMPRESA/INSTITUCIÓN	SECTOR/GIRO DEL NEGOCIO	PUESTO/CARGO	DESDE (MM/AAAA)	HASTA (MM/AAAA)				
REFERENCIAS LABORALES								
NOMBRE DEL JEFE DIRECTO	PUESTO/CARGO	TELÉFONO	MOTIVO DE CAMBIO	REMUNERACIÓN FIJA MENSUAL BRUTA				
FUNCIONES PRINCIPALES								
1								
2								
3								
4								
5								
REFERENCIAS LABORALES								
EMPRESA/INSTITUCIÓN	SECTOR/GIRO DEL NEGOCIO	PUESTO/CARGO	DESDE (MM/AAAA)	HASTA (MM/AAAA)				
REFERENCIAS LABORALES								
NOMBRE DEL JEFE DIRECTO	PUESTO/CARGO	TELÉFONO	MOTIVO DE CAMBIO	REMUNERACIÓN FIJA MENSUAL BRUTA				
FUNCIONES PRINCIPALES								
1								
2								
3								
4								
5								

EMPRESA/INSTITUCIÓN	SECTOR/GIRO DEL NEGOCIO	PUESTO/CARGO	DESDE (MM/AAAA)	HASTA (MM/AAAA)
<b>REFERENCIAS LABORALES</b>				
NOMBRE DEL JEFE DIRECTO	PUESTO/CARGO	TELÉFONO	MOTIVO DE CAMBIO	REMUNERACIÓN FIJA MENSUAL BRUTA
<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
<b>EMPRESA/INSTITUCIÓN</b>				
EMPRESA/INSTITUCIÓN	SECTOR/GIRO DEL NEGOCIO	PUESTO/CARGO	DESDE (MM/AAAA)	HASTA (MM/AAAA)
<b>REFERENCIAS LABORALES</b>				
NOMBRE DEL JEFE DIRECTO	PUESTO/CARGO	TELÉFONO	MOTIVO DE CAMBIO	REMUNERACIÓN FIJA MENSUAL BRUTA
<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
<b>EMPRESA/INSTITUCIÓN</b>				
EMPRESA/INSTITUCIÓN	SECTOR/GIRO DEL NEGOCIO	PUESTO/CARGO	DESDE (MM/AAAA)	HASTA (MM/AAAA)
<b>REFERENCIAS LABORALES</b>				
NOMBRE DEL JEFE DIRECTO	PUESTO/CARGO	TELÉFONO	MOTIVO DE CAMBIO	REMUNERACIÓN FIJA MENSUAL BRUTA
<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
<b>DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA RESPECTO A LA REQUERIDO POR EL PERFIL DEL PUESTO ES VERDADERA Y PODRÁ SER VERIFICADA POR LA ENTIDAD</b>				
FECHA				
	FIRMA			

**ANEXO 02**  
**DECLARACIÓN JURADA DE POSTULACIÓN AL PROCESO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad (DNI, Carnet Extranjería, Pasaporte) N° \_\_\_\_\_ y domiciliado en \_\_\_\_\_ Distrito, Provincia de y Departamento de \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

1. No tengo inhabilitación administrativa y/o judicial vigente para el ejercicio de mi profesión.
2. No poseo antecedentes policiales, judiciales y/o penales.
3. No percibo del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso, por ser incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado.
4. No estoy inhabilitado por el OSCE o de manera judicial para ser contratado por el Estado.
5. No estoy impedido de ser postor, candidato o proveedor para contratar con el Estado, según la Ley N° 30225 - Ley de Contrataciones del Estado, el Decreto Legislativo N° 1057 que crea el régimen especial de contratación administrativa de servicios, su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° D075-2008-PCM.
6. No me encuentro inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)
7. No me encuentro inscrito en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles RNSSC.
8. No tengo inhabilitado mis derechos civiles o laborales.
9. No tener conflicto de intereses.
10. No me encuentro registrado en el Registro de Deudores de reparaciones civiles por delitos en agravio del Estado por Delitos de Corrupción.
11. No me encuentro registrado en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles - REDERECI.
12. No me encuentro registrado en el Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a Pena Privativa de Libertad Efectiva - RENAESPPE.
13. No contar con sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada (firme) por alguno de los delitos previstos en los artículos 2, 4, 4-4, 5, 6, 6-4, 6-B, E, y 9 del Decreto Ley N° 25475, en los artículos 316-4, 153, 175, 179-A, 180, 181, 181-A, 170, 171, 172, 173, 173-4., 174 175, 176, 176-A, 177, 296, 206-4. 298-B, 296-C, 297, 298, 301 y 302 del Código Penal, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 30794 y modificaciones posteriores.

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos antes consignados son verdaderos y que en caso de ser requeridos lo sustentará oportunamente con la documentación respectiva al Equipo de Personal, y asumo la responsabilidad legal y las sanciones respectivas que pudieran derivarse en caso de encontrarse algún dato o documento falso.

Formulo la presente Declaración Jurada en virtud del principio de presunción de veracidad previsto en el Numeral 1.7 del Artículo 1 del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004.2019-JUS, sujetándome a las responsabilidades de ley en caso infrinja el citado principio.

Asimismo, declaro mi voluntad de postular a este Concurso Público de manera transparente en el marco de la legislación nacional vigente.

Finalmente declaro que:

Tengo algún tipo de discapacidad	SI	NO
Soy Licenciado (a) de las Fuerzas Armadas	SI	NO
Soy deportista calificado de alto nivel	SI	NO

(Marcar la respuesta y adjuntar los documentos sustentatorios correspondientes]

(Lugar y fecha) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

**NOMBRE, FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 03**  
**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad (DNI, Carnet Extranjería, Pasaporte) N° \_\_\_\_\_ y domiciliado en \_\_\_\_\_ Distrito, Provincia de y Departamento de \_\_\_\_\_ con la finalidad de suscribir el contrato respectivo:

DECLARO BAJO JURAMENTO

**Si o No**

Cuento con pariente (s) en la institución hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge o conviviente (padre, madre, hijo/a, hermano/a., abuelo/a, meto/a, tío/a, bisnieto/a, sobrino/a, bisabuelo/a, primo/a, hermano/a tío/a, abuelo/a, sobrina/a, nieto/a, tatarabuelo/a, hijastro/a, suegro/a, nuera, yerno, cuñado/a) con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Hospital de Chulucanas II-1 del Gobierno Regional Piura Gobierno Regional Piura.

Cuento con pariente (s) en la institución hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge o conviviente (padre, madre, hijo/a, hermano/a., abuelo/a, meto/a, tío/a, bisnieto/a, sobrino/a, bisabuelo/a, primo/a, hermano/a tío/a, abuelo/a, sobrina/a, nieto/a, tatarabuelo/a, hijastro/a, suegro/a, nuera, yerno, cuñado/a) con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Hospital de Chulucanas II-1 del Gobierno Regional Piura Gobierno Regional Piura.

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

Formulo la presente Declaración Jurada en virtud del Principio de Presunción de veracidad previsto en el numeral 1.7 del artículo 1 del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2079-JUS, sujetándome a las acciones administrativas, legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación vigente.

(Lugar y fecha) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE, FIRMA Y HUELLA DEL POSTULANTE**



## PERFIL DEL PUESTO TÉCNICO ASISTENCIAL EN RAYOS X

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano	EE.SS II-1 Hospital de Chulucanas
Unidad Orgánica	
Puesto Estructural	TÉCNICO ASISTENCIAL EN RAYOS X
Nombre del puesto	TÉCNICO ASISTENCIAL EN RAYOS X
Dependencia Jerárquica lineal	SERVICIO DE IMÁGENES - RAYOS X
Establecimiento de Salud	EE.SS II-1 Hospital de Chulucanas
Puesto a su cargo	No aplica
Código de Plaza	27

### MISIÓN DEL PUESTO

Desarrollar labores de apoyo al tratamiento de los pacientes según indicación del profesional.

### FUNCIONES DEL PUESTO

- A. Realizar los estudios del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.
- B. Limpiar y desinfectar los equipos utilizados.
- C. Realizar la preparación física del paciente en los estudios de imágenes solicitados.
- D. Realización de estudios radiográficos simples y especiales en pacientes.
- E. Participar en el mejoramiento de los procesos relacionados con sus actividades.
- F. Elaborar la documentación necesaria para el registro y reconocimiento de las prestaciones de salud de su área, unidad, servicio o departamento (historia clínica, recetas, solicitudes de exámenes y procedimientos, FUAS, y otros relacionados con la prestación).
- G. Elaborar y participar en la elaboración de los documentos técnicos de su servicio y ocupación (Guías, protocolos, procedimientos, etc).
- H. Participación en Comités Técnicos, requerimientos y elaboración de expedientes técnicos de su especialidad, y otras actividades relacionadas con la operación de su área laboral.
- I. Velar por la seguridad interna en salvaguarda de los documentos, equipos y/o recursos asignados a la unidad funcional.
- J. Realizar diariamente el correcto llenado del Formato Único de Atención (FUA), acorde a la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2021-SIS/GREP - V.01 "DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA GESTIÓN DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PÚBLICAS, PRIVADAS O MIXTAS EN EL MARCO DE LOS CONVENIOS O CONTRATOS APROBADOS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)".
- K. Ejecutar óptimamente todos los protocolos que dictamine el empleador, debiendo conservar la armonía laboral y la satisfacción de sus prestaciones según con el interés de la institución, en pro de la mejora del usuario.
- L. Otras funciones delegadas por el jefe inmediato, alineadas a las funciones del cargo o asignadas por norma expresa.


### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas:

Diferentes servicios asistenciales y unidades o dependencias administrativas.

#### Coordinaciones Externas:

Dirección Regional de Salud de Piura, Sub Región de Salud Morropón Huancabamba y otras dependencias del Gobierno Regional, Ministerio de Salud y entidades del Sector Público y Privado.


**GOBIERNO REGIONAL PIURA**  
**E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**  


---

**Dr. LEONEL RIVERA SEMINARIO**  
**CMP 35268 / RNE 36832**  
**JEFE DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**



FORMACIÓN ACADÉMICA

BACHILLER EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN RADIOLOGÍA O BACHILLER EN FÍSICA CIENCIAS CON CONOCIMIENTO EN RAYOS X

<b>A) Nivel Educativo</b> Primaria <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Técnica Básica <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Técnica Superior <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Universitaria <input checked="" type="checkbox"/> completo <input checked="" type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/>		<b>B) Grado(s)/Situación académica y carrera/especialidad requeridos</b> Egresado <input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/Licenciatura <input type="checkbox"/> Segunda Especialidad <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> Sub especialidad <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/>		<b>C) ¿Colegiatura?</b> si <input type="checkbox"/> <b>D) ¿Habilitación Profesional?</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <b>E) ¿Requiere SERUMS?</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <b>F) ¿Requiere Registro de Especialista?</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
---	--	--	--	--	--

CONOCIMIENTOS

A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No se requiere sustentar con documento)

certificación en ofimática

Certificación en equipos de SIEMENS

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

Acreditados por ente regulador de radiaciones ionizantes (IPEN) como operador de equipos de Rayos X médicos según norma.

capacitaciones recientes en equipos de SIEMENS

C) Conocimientos de ofimática e Idiomas

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO				IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO			
	NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	INTERMEDIO	AVANZADO
Procesador de Textos		x			Inglés		x		
Hojas de cálculo		x			Quechua	x			
Programa de presentaciones		x			Otros(especificar)				
Otros(especificar)					Otros(especificar)				
Otros(especificar)					Observaciones				
Otros(especificar)									

EXPERIENCIA

Experiencia General

Experiencia mínima de dos años desempeñando funciones similares en el Sector Salud de preferencia en Entidades Públicas Y/o privados.

3 años

Experiencia Específica

A. Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto en la función o la materia; ya sea en el sector público o privado.

Experiencia mínima de dos años desempeñando funciones similares en el Sector Salud de preferencia en Entidades Públicas Y/o privados.

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

02 años

practicante profesional  auxiliar asistente  analista  especialista  supervisor/coordinador  jefe de área o dpto  gerente o director

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

LICENCIA VIGENTE DE IPEN

REGISTRO DE GRADOS Y TÍTULO DE SUNEDU

COMPETENCIAS O HABILIDADES

Experiencia desempeñando funciones similares.

Capacidad de iniciativa y organizativa.

Capacidad para trabajar en equipo.


Otras actividades encomendadas

Orientación al servicio.

Ética y Valores: solidaridad y honestidad.

REQUISITOS ADICIONALES

No aplica

 GOBIERNO REGIONAL PIURA  
E.S. II HOSPITAL CHULUCANAS  
  
Dr. LEONEL RIVERA SEMINARIO  
C.M.P. 35268 / R.N.E. 36832  
JEFE DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



GOBIERNO REGIONAL

**PERFIL DEL PUESTO**  
**TECNOLOGO MEDICO EN RADIOLOGIA**

**IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO**

Órgano	EE.SS II-1 Hospital de Chulucanas
Unidad Orgánica	
Puesto Estructural	TECNOLOGO MEDICO EN RADIOLOGIA
Nombre del puesto	TECNOLOGO MEDICO EN RADIOLOGIA
Dependencia Jerárquica lineal	SERVICIO DE IMÁGENES
Establecimiento de Salud	EE.SS II-1 Hospital de Chulucanas
Puesto a su cargo	No aplica
Código de Plaza	

**MISIÓN DEL PUESTO**

Desarrollar labores de apoyo al tratamiento de los pacientes según indicación del profesional.

**FUNCIONES DEL PUESTO**

- A. Realizar los diferentes estudios con y sin contraste para tomografías
- B. Realizar los diferentes estudios con y sin contraste para rayos x.
- C. Realizar la preparación física del paciente en los estudios de imágenes solicitados.
- D. Realización de estudios radiograficos simples y especiales en pacientes.
- E. Participar en el mejoramiento de los procesos relacionados con sus actividades.
- F. Elaborar la documentación necesaria para el registro y reconocimiento de las prestaciones de salud de su área, unidad, servicio o departamento (historia clínica, recetas, solicitudes de exámenes y procedimientos, FUAS, y otros relacionados con la prestación).
- G. Elaborar y participa en la elaboración de los documentos técnicos de su servicio y ocupación (Guías, protocolos, procedimientos, etc).
- H. Participación en Comites Técnicos, requerimientos y elaboración de expedientes tecnicos de su especialidad, y otras actividades relacionadas con la operación de su área laboral.
- I. Velar por la seguridad interna en salvaguarda de los documentos, equipos y/o recursos asignados a la unidad funcional.
- SIS/GREP - V.01 "DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA GESTIÓN DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (PRESSI PÚBLICAS, PRIVADAS O MIXTAS EN EL MARCO DE LOS CONVENIOS O CONTRATOS APROBADOS
- K. Ejecutar óptimamente todos los protocolos que dictamine el empleador, debiendo conservar la armonía laboral y la satisfacción de sus prestaciones según con el interés de la institución, en pro de la mejora del usuario.
- L. Otras funciones delegadas por el jefe inmediato, alineadas a las funciones del cargo o asignadas por norma expresa.


**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**Coordinaciones Internas:**

Diferentes servicios asistenciales y unidades o dependencias administrativas.

**Coordinaciones Externas:**

Dirección Regional de Salud de Piura, Sub Región de Salud Morropón Huancabamba y otras dependencias del Gobierno Regional, Ministerio de

 **GOBIERNO REGIONAL PIURA**  
**E.S. II 1 HOSPITAL CHULUCANAS**

*[Firma]*

-----  
**Dr. LEONEL RIVERA SEMINARIO**  
**CMP 35268 / RNE 36832**  
**JEFE DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES**

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

BACHILLER EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN RADIOLOGÍA O BACHILLER EN FÍSICA CIENCIAS CON CONOCIMIENTO EN RAYOS X

A) Nivel Educativo		B) Grado(s)/ Situación académica y carrera/ especialidad requeridos				C) ¿Colegiatura?	
Primaria	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	Egresado	<input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/Licenciatura	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	
Secundaria	<input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Incompleta	Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Título	<input type="checkbox"/>	¿Habilitación Profesional?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Técnica Básica	<input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Incompleta	Sub especialidad	<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado	<input type="checkbox"/>	¿Requiere SERUMS?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Técnica Superior	<input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> Incompleta	Maestría	<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado	<input type="checkbox"/>	¿Requiere Registro de Especialista?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Universitaria	<input checked="" type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> Incompleto	Doctorado	<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/>			

**CONOCIMIENTOS**

A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto(No se requiere sustentar con documento)  
 Certificación en equipos de SIEMENS

B) Cursos y Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:  
 ¿¿¿ editados por ente regulador de radiaciones ionizantes (IREN) como operador de equipos de Rayos X médicos según norma capacitaciones requeridas en equipos de SIEMENS

C) Conocimientos de ofimática e idiomas

OFIMÁTICA	NIVEL DE DOMINIO			IDIOMAS	NIVEL DE DOMINIO		
	NO APLICA	BÁSICO	AVANZADO		NO APLICA	BÁSICO	AVANZADO
Procesador de Textos		X		Inglés		X	
Hojas de cálculo		X		Quechua		X	
Programa de presentaciones		X		Otro(s)(especificar)			
Otro(s)(especificar)				Otro(s)(especificar)			
Otro(s)(especificar)				Observaciones			

**EXPERIENCIA**

**Experiencia General**

• Experiencia mínima de dos años desempeñando funciones similares en el Sector Salud de preferencia en Entidades Públicas V/o privados.


3 años

**Experiencia Específica**

A. Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto en la función o la materia; ya sea en el sector público o privado.

Experiencia mínima de dos años desempeñando funciones similares en el Sector Salud de preferencia en Entidades Públicas V/o privados.

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

 **GOBIERNO REGIONAL PIURA**  
**E.S. II HOSPITAL CHULUCANAS**

Dr. LEONEL RIVERA SEMINARIO  
 CMP 36268 / RNE 36832  
**JEFE DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES**

02 años

practicante profesional

auxiliar asistente

analista

especialista

supervisor/coordinador

jefe de área o dpico

gerente o director

\* Menciones otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia, en caso exista algo adicional para el puesto

LICENCIA VIGENTE DE IPEN

REGISTRO DE GRADOS Y TITULO DE SUNEDU

**COMPETENCIAS O HABILIDADES**

Experiencia desempeñando funciones similares.

Capacidad de iniciativa y organizativa.

Capacidad para trabajar en equipo.

otras actividades encomendadas

Orientación al trabajo.

Ética y Valores: honestidad y honradez.

**REQUISITOS ADICIONALES**

No aplica



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
E.S. II HOSPITAL CHUCUCANAS

-----  
DR. LEONARDO RIVERA SEMINARIO  
CAMP 85268 / RNE 36832  
JEFE DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES



**PERFIL DEL PUESTO**  
**MÉDICO RADIÓLOGO**

**IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO**

Órgano	EE.SS II-1 Hospital de Chulucanas
Unidad Orgánica	
Puesto Estructural	MÉDICO
Nombre del puesto	MÉDICO RADIÓLOGO
Dependencia Jerárquica lineal	SERVICIO DE
Establecimiento de Salud	EE.SS II-1 Hospital de Chulucanas
Puesto a su cargo	No aplica
Código de Plaza	07

**MISIÓN DEL PUESTO**

Brindar atención médica integral y especializada a los pacientes del Hospital de acuerdo a las guías y normas de atención al paciente, según las necesidades de salud, cartera de servicios y procedimientos establecidos.

**FUNCIONES DEL PUESTO**

- A. Realizar estudios ecográficos de apoyo al servicio de emergencia, incluyendo urgencias, pacientes hospitalizados y pacientes de consultorios externos utilizando las diferentes modalidades de ultrasonido general.
- B. Realizar exámenes de ecografía portátiles general en las diferentes áreas y pacientes hospitalizados según lo requieran.
- C. Realizar estudios subespecialidades de ultrasonido: musculo esquelético, mama, vascular y ecografías doppler.
- D. Interpretar y lectura de estudios y/o procedimientos tomográficos realizados.
- E. Interpretar y lectura de estudios y/o procedimientos de mamografía realizados, rayos X, ANGIO TEM( coronario, cerebral y miembros inferiores, etc).
- F. Supervisar que los estudios tomográficos cuenten con consentimiento informado, dosaje de úrea, creatinina y la respectiva visación del SIS.
- G. Elaborar y actualizar protocolos, guías clínicas y procedimientos de la especialidad para estandarizar la atención de los pacientes.
- H. Elaborar informes, certificados médicos y otros documentos, según corresponda, de acuerdo a las normas institucionales establecidas, para los fines solicitados.
- I. Realizar las estadísticas de los pacientes diagnosticados y tratados en el departamento para llevar el registro de los índices hospitalarios.
- J. Elaborar y/o participar en la elaboración de proyectos de investigación de acuerdo a las líneas de investigación o de interés de la especialidad, cumpliendo las normas y directivas éticas y biomédicas para el incremento de la producción de actividad científica.
- K. Participar en juntas médicas y resolver interconsultas de la especialidad para diagnóstico y decisión en el manejo del tratamiento.
- L. Brindar información al paciente y a sus familiares sobre el tratamiento, procedimientos realizados y estado de la salud del mismo para fortalecer la relación médico - paciente.
- M. Colaborar con la conservación del buen estado de los equipos y enseres del servicio.
- N. Colaborar con la elaboración de los documentos de gestión del Servicio.
- Ñ. Mantener el nivel óptimo de conocimientos y aptitudes, a través de las capacitaciones permanentes.
- O. Otras funciones delegadas por el jefe inmediato, alineadas a las funciones del cargo o asignadas por norma expresa.

**COORDINACIONES PRINCIPALES**

**Coordinaciones Internas:**

Diferentes servicios asistenciales y unidades o dependencias administrativas.

**Coordinaciones Externas:**

Dirección Regional de Salud de Piura, Sub Región de Salud Morropón Huancabamba y otras dependencias del Gobierno Regional, Ministerio de Salud y entidades del Sector Público y Privado.



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
E.S. II 1 HOSPITAL CHULUCANAS

Dr. LEONEL RIVERA SEMINARIO  
CMP 85268 / RNE 36832  
JEFE DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES



## PERFIL DEL PUESTO MÉDICO GINECOLOGO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano:	404 REGION PIURA - E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
Unidad orgánica:	SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
Puesto Estructural:	MÉDICO
Nombre del puesto:	MÉDICO GINECOLOGO
Dependencia jerárquica lineal:	SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
Dependencia funcional:	DIRECCIÓN DEL E.S. II-1- HOSPITAL CHULUCANAS
Plazas:	DIEZ (10)

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención médica especializada e integral de Ginecología en consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, centro obstétrico, y emergencia. Con calidad y respeto a las normas de ética médica.

### FUNCIONES DEL PUESTO

- a) Brindar atención médica en la especialidad de Ginecología, encargada del diagnóstico precoz, manejo oportuno y tratamiento eficiente de la mujer con problemas fisiológicos y/o patológicos que afectan su salud sexual y reproductiva, según la programación en consulta externa, hospitalización, centro obstétrico y emergencia. Brindando calidad y respeto a las normas de ética médica.
- b) Ejecutar procedimientos e intervenciones quirúrgicas de Ginecología electivas y de emergencia, asegurando un trámite eficiente oportuno previa autorización del jefe de servicio.
- c) Evaluar el alta del usuario, garantizando un adecuado seguimiento de acuerdo a la normatividad vigente y previo conocimiento del jefe de servicio.
- d) Efectuar los registros de las atenciones brindadas a los pacientes en consulta externa, hospitalización centro quirúrgico, centro obstétrico, y emergencia.
- d) Prestar servicios de interconsultas médicas de acuerdo a los requerimientos de las especialidades en consulta externa, hospitalización y emergencia.
- e) Elaborar y actualizar protocolos, guías clínicas y procedimientos de la especialidad para estandarizar la atención de los pacientes.
- f) Elaborar informes, certificado médicos y otros documentos, según corresponda. De acuerdo a las normas institucionales establecidas para los fines solicitado.
- g) Realizar las estadísticas de los pacientes diagnosticados y tratados en el Servicio para llevar el registro de los índices hospitalarios
- h) Elaborar y/o participar en la elaboración de proyectos de investigación de acuerdo a las líneas de investigación o de interés de la especialidad, cumpliendo las normas y directivas éticas y biomédicas para el incremento de la producción de actividad científica.
- i) Participar en juntas médicas y resolver interconsultas de la especialidad para diagnóstico y decisión en el manejo del tratamiento.
- j) Brindar información al paciente y a sus familiares sobre el tratamiento, procedimientos realizados y estado de la salud del mismo para fortalecer la relación médico – paciente.
- k) Prestar servicios de ecografía de tamizaje según su normatividad vigente.
- l) Conocimientos y aptitudes en cirugía laparoscópica de la especialidad.
- i) Dominio básico de ofimática.
- j) Colaborar con la conservación del buen estado de los equipos y enseres del servicio.
- k) Colaborar con la elaboración de los documentos de gestión del servicio.
- l) Mantener en nivel óptimo de conocimientos y aptitudes, a través de las capacitaciones permanentes
- m) Otras funciones delegadas por el jefe inmediato, alineadas a las funciones del cargo o asignadas por norma expresa.

### COORDINACIONES PRINCIPALES



**Coordinaciones Internas**

Diferentes servicios asistenciales y unidades o dependencias administrativas.

**Coordinaciones Externas**

Dirección Regional de Salud Piura, Sub Región de Salud Morropón Hunacabambay otras dependencias del Gobierno Regional, Ministerio de Salud y entidades del Sector Público y Privado.

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

**A.) Nivel Educativo**

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	MÉDICO
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
<input type="checkbox"/> 2da Especialidad	
<input type="checkbox"/> Egresado <input checked="" type="checkbox"/> Titulado	
<input type="checkbox"/> Maestría	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado	

**C.) ¿Se requiere Colegiatura?**

Sí  No

**¿Requiere habilitación profesional?**

Sí  No

**Resolución de término de SERUMS**

Sí  No

**CONOCIMIENTOS**

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

- (1) Modelo de Cuidado Integral de Salud
- (2) Prácticas Clínicas para la Atención de Emergencias Obstétricas
- (3) Conocimiento adecuado de Guías y Normas de Atención en Salud Materno Perinatal
- (4) Atención y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Planificación Familiar.
- (5) Promoción de la Salud
- (6) Prevención de la transmisión vertical del VIH y Sífilis congénita
- (7) Prevención de Cáncer Ginecológico (PAP, IVA, Test molecular PVH)
- (8) Atención integral del adolescente en prevención de embarazo en adolescente.
- (9) Medidas de Bioseguridad
- (10) Estándares de indicadores de calidad en la Atención Materno Perinatal en los EESS-FON y otros .

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

Nota: Cada curso deben tener no menos de 12 horas de capacitación y los programas de especialización no menos de 90 horas.

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

OFIMÁTICA	Nivel de dominio				IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado		No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos (Word; Open Office Write, etc.)	X	X			Inglés		X		
Hojas de cálculo (Excel; OpenCalc, etc.)	X	X			.....				
Programa de presentaciones (Power Point; Prezi, etc.)	X	X			.....				
(Otros) Bases de Datos y Programación VB					Observaciones.-				

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**

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

Experiencia laboral de cuatro (04) años en el ejercicio de la profesión en el sector público o privado, incluye SERUMS y resindentado Médico.

**Experiencia específica**

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

Experiencia laboral mínima de seis (06) meses, en actividades a nivel hospitalario en el sector público.

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

06 meses

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

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

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

**NACIONALIDAD**





¿Se requiere nacionalidad peruana?

SÍ

NO

Anote el sustento:

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

Experiencia desempeñando funciones similares

Trabajo en equipo

Comportamiento ético

Orientación de servicio al ciudadano

Comunicación efectiva

**CONTRAPRESTACION MENSUAL**

LUGAR DE PRESTACIÓN

E.S.II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

DURACIÓN DE CONTRATO

DEL 01 MAYO AL 31 DE DICIEMBRE 2024

REMUNERACIÓN MENSUAL

S/. 8,812.00 (Ocho mil ochocientos doce con 00/100 soles) los cuales incluyen los montos y afiliaciones de Ley, así como, toda deducción aplicable al contratado bajo esta modalidad.



A handwritten signature or mark.