



PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL SANTA ROSA

# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO	
Organo:	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
Unidad Orgánica:	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
Cargo Clasificado :	Servidor Publico - Apoyo
Código del Cargo Clasificado :	SP-AP
Nombre del Puesto :	Tecnico/a Dental
Dependencia Jerárquica Lineal :	JEFE DE DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
Dependencia Jerárquica funcional :	NO APLICA
Puestos que supervisa :	NO APLICA

**MISIÓN DEL PUESTO**

Brindar apoyo como personal técnico al odontólogo Radiólogo Bucal y Maxilofacial en atención al paciente.

FUNCIONES DEL PUESTO	
1	Apoyo como personal técnico al odontólogo Radiólogo Bucal y Maxilofacial en atención al paciente para la toma radiográfica y otras actividades propias de apoyo a esta especialidad odontológica.
2	Orientación al paciente de la especialidad de Radiología Bucal y Maxilofacial.
3	Apoyo a la especialidad odontológica de Radiología Bucal y Maxilofacial en la elaboración de indicadores y archivo de informes radiológicos.
4	Otras funciones que asigne el jefe de Departamento orientadas al apoyo a la especialidad odontológica de Radiología Bucal y Maxilofacial.
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

PERU  
 Ministerio de Salud  
 Hospital Santa Rosa  
 Oficina de Recursos Humanos  
 Lima, Perú

CD. JUSTO RAMOS LOPEZ  
 C.O.P. 7874 RNE : 1474  
 Jefe del Departamento de Odontología

MINISTERIO DE SALUD  
 OARRHH  
 HOSPITAL SANTA ROSA  
 H. VARGAS C.

COORDINACIONES PRINCIPALES	
Coordinaciones Internas	
Ardujanos dentistas , personal asistente dental y técnico asistencial .	
Coordinaciones Externas	
NO APLICA.	

## FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica	B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto	C.) ¿Se requiere Colegiatura?																													
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Incompleta</td> <td>Completa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Incompleta	Completa	<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 checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td> <td rowspan="2">Titulado en carreras técnicas de Protésis Dental o carreras técnicas afines al organo y cargo.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bachiller</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maestría</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Titulado en carreras técnicas de Protésis Dental o carreras técnicas afines al organo y cargo.	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura		<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado		<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D.) ¿Requiere habilitación profesional?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2">E.) ¿Requiere SERUMS?</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	D.) ¿Requiere habilitación profesional?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	E.) ¿Requiere SERUMS?	
	Incompleta	Completa																													
<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 checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																													
<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Titulado en carreras técnicas de Protésis Dental o carreras técnicas afines al organo y cargo.																														
<input type="checkbox"/> Bachiller																															
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura																															
<input type="checkbox"/> Maestría																															
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado																															
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No																														
D.) ¿Requiere habilitación profesional?																															
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No																														
E.) ¿Requiere SERUMS?																															

Universitario

Doctorado  Egresado  Titulado

Título de Segunda Especialidad  Egresado  Titulado

[Empty box for Doctorado]

[Empty box for Título de Segunda Especialidad]

Sí  No

F.) ¿Requiere Registro Nac. de Especialista?

Sí  No

**CONOCIMIENTOS**

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

CURSO DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA.

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

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

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

1.- CURSO DE AUXILIAR EN RADIOLOGÍA . 2.- LICENCIA INDIVIDUAL OTAN IPEN COMO OPERADOR EN DIAGNÓSTICO DENTAL CON RAYOS X VIGENTE. 3.- CERTIFICACIÓN DE CURSO ANUAL (12 MESES) DE FORMACIÓN DE ASISTENTE DENTAL.

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				
.....				
.....				

**EXPERIENCIA**

Experiencia general

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

\* Un (01) año en el sector publico y/o privado.

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:

\* Un (01) año de experiencia en cargos o funciones similares en el sector publico y/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 sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

Experiencia mínimo de un año como técnico auxiliar en Radiología Bucal y Maxilofacial.

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

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

- \* Compromiso
- \* Orientación a resultados
- \* Trabajo en equipo
- \* Liderazgo
- \* Capacidad de organización y planificación
- \* Integridad
- \* Orientación al usuario
- \* Capacidad de análisis e innovación

PERÚ Ministerio de Salud Dirección de Planificación de Salud Lima Centro Hospital Santa Rosa

CD. JUSTO RAMOS LOPEZ  
C.O.P. 7874 RNE : 1474  
Jefe del Departamento de Odontología

