

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

|                                   |                                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidad Orgánica:                  | Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas |
| Denominación:                     | Químico Farmacéutico                                  |
| Nombre del puesto:                | Químico Farmacéutico                                  |
| Dependencia Jerárquica Lineal:    | Director Ejecutivo de Medicamentos, Insumos y Drogas  |
| Dependencia Jerárquica funcional: | Responsable de Control y Vigilancia Sanitaria         |
| Puestos que supervisa:            | Establecimientos Farmacéuticos Públicos y Privados    |

### MISIÓN DEL PUESTO

Conformar el equipo de atención en el Almacén Especializado de Medicamentos, para el abastecimiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios, en el marco del Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida

Velar por la calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, que se producen, almacenan, distribuyen, comercializan, en el mercado nacional, y que se dispersan y expenden en los establecimientos farmacéuticos públicos y privados del ámbito de la Región Puno.

### FUNCIONES DEL PUESTO

- Realizar acciones de control y vigilancia a Establecimientos Farmacéuticos Públicos y Privados del ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno.
- Realizar acciones de control y vigilancia mediante inspecciones de pesquisas de productos Farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Elaboración de informes técnicos de las pesquisas de productos Farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios

### COORDINACIONES PRINCIPALES

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Coordinaciones Internas</b>                                                                              |
| Con personal de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas, y de Direcciones Ejecutivas de DIRESA Puno. |
| <b>Coordinaciones Externas</b>                                                                              |
| Con representantes de Establecimientos Farmacéuticos públicos y privados.                                   |

### FORMACIÓN ACADÉMICA

| A.) Formación Académica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto | C.) ¿Se requiere Colegiatura?       |          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                        |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                             |                                    |                                                          |  |                                   |  |                                                                     |  |                                    |  |                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                     |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Incompleta</th> <th>Completa</th> </tr> </thead> <tbody> <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 type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Universitario</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </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 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"/> | <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td> <td rowspan="2">Título Profesional de Químico Farmacéutico.</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> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doctorado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | Título Profesional de Químico Farmacéutico. | <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"/> Doctorado |  | <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |  | <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>¿Requiere habilitación profesional?</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table> | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Requiere habilitación profesional? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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 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"/> |          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                        |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                             |                                    |                                                          |  |                                   |  |                                                                     |  |                                    |  |                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Título Profesional de Químico Farmacéutico.                           |                                     |          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                        |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                             |                                    |                                                          |  |                                   |  |                                                                     |  |                                    |  |                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <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"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                     |          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                        |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                             |                                    |                                                          |  |                                   |  |                                                                     |  |                                    |  |                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                     |          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                        |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                             |                                    |                                                          |  |                                   |  |                                                                     |  |                                    |  |                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                     |          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                        |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                             |                                    |                                                          |  |                                   |  |                                                                     |  |                                    |  |                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                     |                                                                    |
| ¿Requiere habilitación profesional?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                     |          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                        |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                             |                                    |                                                          |  |                                   |  |                                                                     |  |                                    |  |                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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:**

- \* Buenas Prácticas de Almacenamiento
- \* Control y vigilancia Sanitaria o asuntos regulatorios Farmacéuticos
- \* Certificación en Buenas Prácticas de Almacén Especializado u Oficina Farmacéutica

**CAPACITACION EN GESTION PUBLICA**

**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.

02 años (incluye SERUMS)

**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:

02 años

**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

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

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

Orientación al servicio.  
Orientación a Resultados  
Eficacia Operativa

**TOTAL DEL SERVICIO**                      S/.                      5,300.00