

## I. CONVOCATORIA PARA LOCADOR DE SERVICIOS MEDICO OCUPACIONAL DE LA CACSCH

### I. QUIENES SOMOS:

Somos una Cooperativa de Ahorro y Crédito con más de 64 años de experiencia, crecimiento y solidez, dedicada a brindar productos financieros competitivos y servicios de calidad que buscan permanentemente satisfacer las necesidades de nuestros socios, contribuyendo a su crecimiento, bienestar económico y social.

### II. PROPUESTA:

AGENCIA	LOCACION DE SERVICIOS	VACANTE
AGENCIA AYACUCHO	MEDICO OCUPACIONAL	01

#### HONORARIOS

MEDICO OCUPACIONAL	2,500.00
--------------------	----------

NOTA: Horas de servicio 72 horas mensuales.

### III. DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:

#### MEDICO OCUPACIONAL:

Medico ocupacional es la especialidad médica que proporciona herramientas para conservar y enriquecer los recursos humanos de una empresa. Su misión es mantener en óptimo estado de salud al trabajador para asegurar la continuidad de la fuerza laboral y por tanto el éxito de la Institución.

#### REQUISITOS:

#### MEDICO OCUPACIONAL:

En el caso de centros de trabajo de tipo, el empleador debe contar como mínimo con un profesional Médico y un Licenciado en Enfermería, debiendo tener capacitación Universitaria mínima de maestría en salud ocupacional, seguridad y salud en el trabajo, gestión de riesgos de desastres o equivalentes para implementar el "Plan para la Vigilancia, prevención y Control de la COVID – 19 en el trabajo" -El servicio de cada profesional debe tener una duración mínima de 18 horas semanales.

#### DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA POSTULACION (Imprescindible y obligatoria):

- Llenar la hoja de vida del postulante y la declaración jurada (formato adjunto al presente).

#### IV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

N°	DETALLE	FECHA	HORARIO	DIRECCIÓN
1	Inscripción y recepción de las solicitudes de postulantes, según formato requerido.	De 22/02/2024 al 05/03/2024	<u>LUNES A VIERNES De 09:00 am A 01:00 pm: 03:00 pm A 06:30 pm. SÁBADO De 09:00 am A 01:00 pm</u>	Secretaría General de la Oficina Principal - Portal Unión N° 32 – 33 / Ayacucho o Agencias o al correo electrónico: <b>convocatorias@coop-sancristobal.pe</b> .
2	Entrevista personal	07/03/2024	09:00 a.m.	En las Instalaciones del Auditorio Moisés Flores Sosa y agencias, los resultados se publicaran en el correo electrónico: convocatorias@coop-sancristobal.pe
4	Inicio de servicios	A tratar.		

#### DIRECCIÓN:

Secretaría General de la Oficina Principal - Portal Unión N° 32 – 33 / Ayacucho o Agencias o al correo electrónico: **convocatorias@coop-sancristobal.pe**.

La evaluación Curricular se llevará a cabo en las Instalaciones del Auditorio Moisés Sosa Flores.

Los Resultados se publicará la relación de postulantes aptos en la página web de la Cooperativa.

#### V. BENEFICIOS:



**¡Si estás dispuesto a asumir grandes retos llegó tu momento de formar parte de este gran equipo, grande como tú!**

#### ❖ PROCEDIMIENTO:

- El anuncio de convocatoria será publicado en la página web de la Cooperativa.
- Todo el proceso de capacitación, se efectuará de manera presencial y/o virtual en cada agencia.

**COMISIÓN EVALUADORA**

**SOLICITO:** PARTICIPAR EN LA CONVOCATORIA DE  
PROMOTORES DE CREDITOS Y/O AHORROS  
N°....., PUESTO.....,  
AGENCIA.....

**GERENTE GENERAL DE LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA.  
G.G**

Yo, .....,  
identificado con DNI N° ....., y domicilio  
....., me presento ante Ud. y expongo:

Que, teniendo conocimiento de la convocatoria N° .....y los puestos de trabajo que tienen solicito  
participar para el PUESTO.....AGENCIA....., solicito se me considere.

**POR TANTO:**

Ruego a Ud. Señor acceder a mi petición por ser justa.

..... del 202....

FIRMA.....

DNI.....

**HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE -  
CONVOCATORIA MEDICO OCUPACIONAL N° 001-2024.**

Declaro bajo juramento que los datos y demás información consignada en el presente documento son verdaderos y actuales, autorizando su verificación.

I. DATOS GENERALES			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres		Nacionalidad	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	
Documento de Identidad:	D.N.I. <input type="checkbox"/>	Carné de Extranjería <input type="checkbox"/>	País: _____ N°: _____
Estado Civil	a. Soltero <input type="checkbox"/>	b. Casado <input type="checkbox"/>	c. Conviviente <input type="checkbox"/> d. Divorciado <input type="checkbox"/> e. Viudo <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico		Teléfono	
Licencia de Conducir	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	N° de Brevete:	Fecha de Caducidad:
Dirección Domiciliaria actual:	Jr - Av. - Calle - Pasaje		N°: _____ Dpto o Interior N° _____
Edificio / Urb. / Complejo / Zona / Sector	Distrito	Provincia	Departamento

II. ESTUDIOS REALIZADOS			
Título o Grado	Especialidad	Universidad - Instituto - Centro de Estudios (Indique Ciudad /País)	Fecha de expedido el Título *
<b>Post Grado:</b>			
Doctorado			
Maestría			
Diplomado o Especialización			
* De no tener título, indique si el título está en trámite, es Egresado o está cursando estudios a la fecha (Indique el ciclo)			

**Pre Grado:**

Licenciatura o Título Profesional				
Bachillerato				
Estudios Técnicos				
Educación Escolar	Concluidos	Si no concluyó, indique último Grado o Año de estudios	Colegio (Indique Ciudad / País)	Año Inicio - Año de Término
Secundaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Primaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**Otros Estudios:**

(Idioma / Computación / otros)

--	--	--	--

III. CAPACITACIONES RELACIONADAS AL CURSO			
N°	Nombre del Curso o Evento	Institución(es) Organizadora(s)	Mes - Año
1.			
2.			
3.			
4.			

Complete los datos de las capacitaciones recibidas, de la más reciente a la más antigua. Adicione más filas si lo requiere.

IV. EXPERIENCIA LABORAL				
N°	Nombre de la Empresa o Entidad	Cargo desempeñado	Fecha de Inicio Mes - Año	Fecha de conclusión Mes - Año
1.				
2.				
3.				
4.				

Complete los datos de su experiencia laboral, de la más reciente a la más antigua. Adicione más filas si lo requiere.

V. REFERENCIAS LABORALES				
N°	Entidad / Institución	Datos del Jefe Inmediato		N° Telefónico de la Entidad

			N° De Celular	
1.				
2.				
3.				
4.				

Complete los datos de su experiencia laboral, de la más reciente a la más antigua. Adicione más filas si lo requiere.

Elaborado y suscrito en la ciudad de

Ciudad	día (dd)	mes (mm)	año (aaaa)

\_\_\_\_\_  
Firma y huella del trabajador declarante

El (la) suscrito(a), declaro que la CACSCH ha procedido con informarme claramente sobre la finalidad que tiene los datos que he brindado en el presente documento y demás establecidas en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento aprobado mediante D.S N° 003-2013-JUS, por lo que muestro mi **CONSENTIMIENTO** para el tratamiento de mis datos personales conforme a la normativa antes señalada.

**Nota: Para ser conservada por el empleador y, en su caso, exhibida a la UIF-Perú en las Visitas de Supervisión. No remitir a la UIF-Perú salvo solicitud expresa.**



## DECLARACIÓN JURADA

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

### **DECLARO BAJO JURAMENTO**

- No incurrir en incompatibilidad por parentesco con trabajadores y Directivos de la Cooperativa.
- No poseer antecedentes penales, policiales y judiciales.
- No haber sido despedido de Instituciones del Estado o entidades privadas.
- No tener calificación negativa en la central de Riesgo.

Firmo al pie de la presente declaración en conformidad con lo establecido en el Artículo 24° de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Ayacucho,..... de ..... de 2024

.....

Firma y huella del postulante

