

**ANEXO N° 2****Formato del perfil de puestos o cargos bajo régimen del Decreto Legislativo Nos 1057****SECCIÓN: IDENTIFICACIÓN**

|                        |                                              |
|------------------------|----------------------------------------------|
| Órgano                 | UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS                   |
| Unidad Orgánica        | UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS                   |
| Nombre del cargo       | No aplica                                    |
| Clasificación          | No aplica                                    |
| Nombre del puesto      | EXPERTO LEGAL DE PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO |
| Dependencia jerárquica | JEFE/A DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS      |

**SECCIÓN: FUNCIONES****MISIÓN DEL PUESTO**

Tramitar los procedimientos administrativos disciplinarios, brindando apoyo técnico-legal a los órganos que intervienen en el PAD, para asegurar el cumplimiento de la normativa vigente, el debido proceso y la protección de los derechos de los administrados, contribuyendo así a la transparencia y legalidad en la función pública

**FUNCIONES DEL PUESTO**

- 1 Recibir denuncias o reportes sobre presuntas faltas disciplinarias, a fin de brindar respuesta a los denunciantes en el plazo determinado y/o realizar las investigaciones pertinentes, según corresponda.
- 2 Efectuar la precalificación en función a los hechos expuestos en la denuncia e investigación realizada, documentando el expediente formado para el sustento del archivo o inicio del procedimiento, así como, identificando la posible sanción a aplicarse y el órgano instructor competente
- 3 Brindar asistencia técnica y/u orientar a los denunciantes, denunciados y a las autoridades del PAD durante todo el procedimiento del PAD para que se desarrolle acorde a la normativa vigente.
- 4 Realizar las diligencias necesarias para la obtención de pruebas e información relevante para la investigación
- 5 Realizar las notificaciones de los actos administrativos que se emitan durante la etapa de instrucción, así como del informe final, garantizando su correcta y oportuna realización a los administrados y demás partes interesadas.
- 6 Organizar y custodiar los expedientes administrativos del PAD para asegurar su integridad, confidencialidad y fácil acceso a las partes legitimadas
- 7 Otras funciones asignadas por la jefatura inmediata, relacionadas a la misión del puesto/área.

**CONDICIONES ATÍPICAS PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO**

-

Periodicidad de la aplicación (marcar con un X, luego explicar o sustentar )

Temporal

☐

Permanente

☐**SECCIÓN: REQUISITOS****FORMACIÓN ACADÉMICA**

| A) Nivel Educativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos | C) ¿Colegiatura?                    |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------|--|--------------------------|------------|--|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|-------------------------------------|---------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|----|--------------------------|-------------------------------|--|--|--|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| <table><tr><td></td><td>Incompleta</td><td>Completa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Primaria</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Secundaria</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Técnica Básica (1 ó 2 años)</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Técnica Superior (3 ó 4 años)</td><td></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Universitaria</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></table> |                                                                   | Incompleta                          | Completa                 | <input type="checkbox"/>            | Primaria            |  | <input type="checkbox"/> | Secundaria |  | <input type="checkbox"/> | Técnica Básica (1 ó 2 años) |  | <input type="checkbox"/> | Técnica Superior (3 ó 4 años) |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Universitaria | <input checked="" type="checkbox"/> | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Egresado(a)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Bachiller</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Título/Licenciatura</td></tr><tr><td colspan="6"><div>Derecho</div></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Maestría</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Egresado</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Grado</td></tr><tr><td colspan="6"></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Doctorado</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Egresado</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Grado</td></tr><tr><td colspan="6"></td></tr></table> | <input type="checkbox"/> | Egresado(a) | <input type="checkbox"/> | Bachiller | <input checked="" type="checkbox"/> | Título/Licenciatura | <div>Derecho</div> |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> | Maestría | <input type="checkbox"/> | Egresado | <input type="checkbox"/> | Grado |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> | Doctorado | <input type="checkbox"/> | Egresado | <input type="checkbox"/> | Grado |  |  |  |  |  |  | <table><tr><td>Sí</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="4">D) ¿Habilitación profesional?</td></tr><tr><td>Sí</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | D) ¿Habilitación profesional? |  |  |  | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Incompleta                                                        | Completa                            |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Primaria                                                          |                                     |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Secundaria                                                        |                                     |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Técnica Básica (1 ó 2 años)                                       |                                     |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Técnica Superior (3 ó 4 años)                                     |                                     |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Universitaria                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Egresado(a)                                                       | <input type="checkbox"/>            | Bachiller                | <input checked="" type="checkbox"/> | Título/Licenciatura |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <div>Derecho</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                     |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Maestría                                                          | <input type="checkbox"/>            | Egresado                 | <input type="checkbox"/>            | Grado               |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                     |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Doctorado                                                         | <input type="checkbox"/>            | Egresado                 | <input type="checkbox"/>            | Grado               |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                     |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                               | No                                  | <input type="checkbox"/> |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| D) ¿Habilitación profesional?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                     |                          |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                               | No                                  | <input type="checkbox"/> |                                     |                     |  |                          |            |  |                          |                             |  |                          |                               |  |                                     |               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |             |                          |           |                                     |                     |                    |  |  |  |  |  |                          |          |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                          |           |                          |          |                          |       |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |

CONOCIMIENTOS

A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto (No se requiere sustentar con documentos):

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| - Derecho Administrativo                                    |
| - Proceso Sancionador                                       |
| - Régimen Disciplinario                                     |
| - Ley N° 30057, Ley del Servicio Civi                       |
| - Ley N° 27444- Ley de Procedimiento Administrativo General |

B) Cursos y/o programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:

|                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Especialización en Ley del Servicio Civil o Derecho Administrativo o Ley de Procedimiento Administrativo General N° 27444 o Procedimiento Administrativo Disciplinario o Régimen Disciplinario o Proceso Sancionado. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

C) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos

| OFIMÁTICA                  | Nivel de dominio |        |            |          | IDIOMAS / DIALECTO  | 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) | X                |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          | Otros (Especificar) | X                |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          | Observaciones:      |                  |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          |                     |                  |        |            |          |

EXPERIENCIA

Experiencia laboral general

Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.

|                |
|----------------|
| Cinco (5) años |
|----------------|

Experiencia laboral específica

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

|               |
|---------------|
| Tres (3) años |
|---------------|

B. Indique el tiempo de experiencia específica requerida en el puesto o cargo (precisando este):

|                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dos (2) años como Especialista, que deben ser parte de los tres (3) años de la experiencia en la función o materia |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

C. Indique el tiempo de experiencia específica requerida en el sector público:

|                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dos (2) años en el sector público, que deben ser parte de los tres (3) años de la experiencia en la función o materia |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia, en caso existiera algo adicional para el puesto y/o cargo.

|   |
|---|
| - |
|---|

HABILIDADES O COMPETENCIAS

|                            |
|----------------------------|
| - Capacidad de análisis    |
| - Organización             |
| - Orientación a resultados |
| - Comunicación efectiva    |

REQUISITOS ADICIONALES

|   |
|---|
| - |
|---|