



RESAP - FORM 002

**PROGRAMACIÓN OPERATIVA ANUAL INDIVIDUAL
(P.O.A.I.) GESTIÓN 2022**

NOMBRE DEL AREA: HOSPITAL DEL NIÑO “Dr. Ovidio Aliaga Uria”

1. IDENTIFICACIÓN

Titulo del Puesto: Auxiliar de Enfermería Código de Puesto: 4316757-PN-M2

Titulo de la Unidad: Oncohematología

Supervisión:

1.1. Título del Puesto inmediato superior Lic. En Enfermería

1.2. Título y cantidad de los puestos sobre los que ejerce supervisión directa (si corresponde)

Personal de limpieza, Nutrición, Lactario, Personal Manual

1.3. Relaciones del Puesto

Registrar los puestos internos y/o unidades organizacionales con los que se relaciona el puesto.

Especificar los puestos cuando la relación es clara e inequívoca.

1.3.1. Relaciones Intrainstitucionales

1. Nutrición
2. Lactario
3. Laboratorio Rayos X, Ecografía
4. Lavandería
5. Limpieza
6. Farmacia

1.3.2. Relaciones Interinstitucionales

1. Médico Residente
2. Jefatura de Enfermería
- 3.
- 4.
- 5.

II RAZÓN DEL PUESTO Y FORMULACIÓN DE RESULTADOS O FUNCIONES

2.1 RAZÓN DE SER DEL PUESTO

Atención al paciente hospitalizado



RESAP - FORM 002

2.2 RESULTADOS ESPECÍFICOS

Citar los resultados esperados con indicadores que posibiliten su evaluación, en concordancia con la Programación Operativa Anual de la Unidad Organizacional que corresponde.

	PONDERACIÓN	70%
1. Atención integral a las necesidades del paciente		
2. Asistencia en el tratamiento		
3. Equipamiento de insumos y materiales		
4. Cuidado y mantenimiento de material y equipo del servicio.		

2.3. RESULTADOS CONTINUOS O FUNCIONES

Señale los resultados continuos o funciones especificando la calidad que deben reunir.

	PONDERACIÓN	30 %
1. Registro de Historia Clínica		
2. Cuadernos de Control de Material		
3. Cuadernos de Registro de ingreso y egreso del paciente		
4. Control de Asistencia de Biométrico		

TOTAL : **100 %**



RESAP - FORM 002

Luego de concluida a definición de los resultados y funciones, asignar una ponderación a cada un o según su importancia, las ponderaciones asignadas deberán sumar a 100%.

III. REQUISITOS DE FORMACIÓN

3.1. FORMACIÓN

Definir las áreas de formación necesarias para el desempeño del puesto. Asociar a cada una el grado mínimo aceptable y la prioridad marcando con una cruz. Señalar las prioridades complementarias en orden de preferencia.

ÁREA DE FORMACIÓN	GRADO DE FORMACIÓN MÍNIMO ACEPTABLE							PRIORIDAD	
	BACHILER	TÉCNICO MEDIO	TECNICO SUPERIOR	LICENCIATURA	ESPECIALIDAD	POSTGRADO	MAESTRÍA	ESPECIALIDAD	COMPLEMENTARIO
Liceo Venezuela	X								
Auxiliar en Enfermería		X							

3.2 EXPERIENCIA

Registra las áreas de experiencia que exige el desempeño del puesto. Asociar a cada área el nivel de experiencia y la prioridad, marcando con una cruz. Enunciar las prioridades complementarias en orden de preferencia.



RESAP - FORM 002

AREA DE EXPERIENCIA	NIVEL DE EXPERIENCIA							PRIORIDAD	
	SUPERIOR	ASESOR	DIRECTIVO	MANDO MEDIO	PROFESIONAL	TECNICO ADMINISTRATIVO	AUXILIAR DE SERVICIOS	ESENCIAL	COMPLEMENTARIA
Auxiliar en Enfermería							X	X	

Cantidad de años de experiencia mínima requerida para ocupar el puesto

2 Años

3.3 CUALIDADES

Registrar los atributos que se exigen a la persona que ocupa el puesto para su adecuado desempeño.

1. Iniciativa
2. Alto grado de responsabilidad
3. Motivación hacia el trabajo
4. Toma de decisiones multidisciplinarias
5. Facilidad para el desarrollo y exposición de ideas
6. Capacidad analítica
7. Capacidad de síntesis, investigación y creatividad
8. Facilidad para trabajar en equipo

3.4 OTROS REQUISITOS

Registrar otros requisitos de conocimientos requeridos que no se encuadren en los acápite 3.1 y 3.2

1. Cursos de idioma aymara



RESAP - FORM 002

2. Cursos de Bioseguridad

IV. CUMPLIMIENTO DE NORMAS

Registrar las disposiciones generales y particulares que el ocupante del puesto estará obligado a cumplir

1. Ley 1178
2. Responsabilidad por la función pública
3. Reglamento Interno del Personal
4. Ley 2027 - Estatuto del Funcionario Público
5. Reglamento interno del Hospital del Niño
6. Reglamentación interna del Ministerio de Salud

V.COMPROMISO

La suscripción de la P.O.A.I., supone conformidad dentro del periodo programado, con todo su contenido y compromiso de cumplimiento.

Fecha de elaboración: 15/12/2022

fecha de aprobación: / /

Fecha de inicio de ejecución: 03/01/2022

Jefe de Superior Jerárquico

Jefe Inmediato Superior

Servicio Público



RESAP - FORM 002

VI. APELACIÓN

En caso de disconformidad con el contenido de la P.O.A.I. insertar las observaciones y razones Pertinentes

ACAPITE	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIÓN

Fecha de recepción de la apelación. / / /
Fecha de aprobación definitiva / / /

Jefe de Superior Jerárquico

Jefe Inmediato Superior

Servicio Público

VII. SEGUIMIENTO

Este acápite deberá ser llenado transcurridos seis meses del inicio de la gestión, a objeto de incorporar si corresponden, modificaciones y/o ajustes a los resultados específicos y/o continuos previa justificación técnica. Se deberá reasignar ponderación a los resultados mencionados en los acápites 2.2 y 2.3

7.1 RESULTADOS ESPERADOS

PONDERACIÓN

1. Atención integral a las necesidades del paciente	30%
2. Asistencia en el tratamiento	30%
3. Equipamiento de insumos y materiales	20%
4. Cuidado y mantenimiento de material y equipo del servicio	20%

TOTAL%

100%



Cumplir las normas técnicas y administrativas de enfermería	30%
Brindar atención de calidad e integral al paciente	30%
Cumplir con la aplicación de normas de bioseguridad en cada unidad	20%
Mantener el ambiente laboral sano y optimizar las relaciones interpersonales	20%

Fecha de elaboración.	15/12/2022	Fecha de aprobación	/	/	/
Fecha de inicio de ejecución	03/01/2022				

Servidor Público



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA
MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

RESAP - FORM 002