

## FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

CAS N° 109

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Orgánica:** ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL  
**Denominación:** ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL  
**Nombre del puesto:** AUDITOR I  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** \_\_\_\_\_  
**Dependencia Jerárquica funcional:** \_\_\_\_\_  
**Puestos que supervisa:** ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL

### MISIÓN DEL PUESTO

Programar, ejecutar, evaluar e informar sobre las actividades de control en el ámbito de la UGEL

### FUNCIONES DEL PUESTO

- 1 Aplicar los procedimientos de auditoria obtener y valorar evidencias
- 2 Determinar las observaciones
- 3 Identificar las desviaciones de cumplimiento
- 4 Elaborar y comunicar las desviaciones de cumplimiento
- 5 Evaluar los comentarios
- 6 Registrar el cierre de ejecución Trabajo de campo
- 7 Otras funciones que asigne el Jefe del Área

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

Todos los órganos y unidades orgánicas de la UGEL

#### Coordinaciones Externas

Contraloría General de la Republica, MINEDU, DRELM, Procuraduría, SERVIR

### FORMACIÓN ACADÉMICA

| A.) Formación Académica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto | C.) ¿Se requiere Colegiatura?       |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td><i>Incompleta</i></td> <td><i>Completa</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4)</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> </table> |                                                                       | <i>Incompleta</i>                   | <i>Completa</i> | <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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Universitario | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><i>Contabilidad, economista, Administración</i></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 checked="" type="checkbox"/> Maestría</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estudios <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"/> Estudios <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado</td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | <i>Contabilidad, economista, Administración</i> | <input type="checkbox"/> Bachiller | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |  | <input checked="" type="checkbox"/> Maestría |  | <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |  | <input type="checkbox"/> Doctorado |  | <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado |  | <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">¿Requiere habilitación profesional?</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Requiere habilitación profesional? | <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <i>Incompleta</i>                                                     | <i>Completa</i>                     |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                              | <input type="checkbox"/>            |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Contabilidad, economista, Administración</i>                       |                                     |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Bachiller                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                     |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                     |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maestría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                     |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                     |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                     |                 |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                   |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                 |                                    |                                                          |  |                                              |  |                                                                                                       |  |                                    |  |                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                     |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Estudios <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):

Experiencia comprobada en el ejercicio de control gubernamental (Jefe de comisión en auditoría de cumplimiento)

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

Capacitación por la Escuela Nacional de Control los últimos 5 años

*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:**

Curso de normas de control interno

Planificación de auditoría

Procedimiento administrativo sancionador

Técnicas y procedimiento de auditorías

**C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.**

| OFIMÁTICA  | Nivel de dominio |        |            | Sustentado |    |
|------------|------------------|--------|------------|------------|----|
|            | No aplica        | Básico | Intermedio | SI         | NO |
| Word       |                  |        | X          |            | X  |
| Excel      |                  |        | X          |            | X  |
| Powerpoint |                  | X      |            |            | X  |

| IDIOMAS | Nivel de dominio |        |            |          |
|---------|------------------|--------|------------|----------|
|         | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Inglés  | X                |        |            |          |
| .....   |                  |        |            |          |
| .....   |                  |        |            |          |

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**

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

Experiencia mínima de cinco (05) años en control gubernamental

**Experiencia específica**

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

|                                                  |                                               |                                                           |                                                   |                                              |                                             |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Practicante profesional | <input type="checkbox"/> Auxiliar o Asistente | <input checked="" type="checkbox"/> Analista/Especialista | <input type="checkbox"/> Supervisor / Coordinador | <input type="checkbox"/> Jefe de Área o Dpto | <input type="checkbox"/> Gerente o Director |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

No menor de cinco (05) años en el sector público en puestos o funciones similares.

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.*

No menor de cinco (05) años en el sector público en puestos o funciones similares.

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

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

Planificación  
Control  
Análisis  
Razonamiento Matemático

**CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO**

| CONDICIONES                               | DETALLE                                                                          |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Lugar de prestación del servicio          | UGEL 06/ Parque Principal S/N. ATE-VITARTE                                       |
| Duración del contrato                     | De la suscripción del contrato al 31 de diciembre del 2016. Sujeto a renovación. |
| Remuneración mensual                      | S/. 5,000.00 (Cinco mil Nuevos Soles) afecto a descuentos de Ley                 |
| Otras condiciones esenciales del contrato | Jornada Laboral máxima de 48 horas semanales.                                    |