



ANEXO N° 2 Formato de perfil de puestos o cargos bajo régimen del Decreto Legislativo N° 1057

SECCIÓN: IDENTIFICACIÓN

Órgano: GERENCIA REGIONAL FORESTAL Y DE FAUNA SILVESTRE  
Unidad Orgánica: SUB GERENCIA DE MANEJO Y APROVECHAMIENTO FORESTAL Y DE FAUNA SILVESTRE  
Cargo estructural: NO APLICA  
Clasificación: NO APLICA  
Nombre del cargo/puesto: SUPERVISOR(A) FORESTAL DE CONCESIONES FORESTALES - CORONEL PORTILLO  
Dependencia jerárquica: DIRECTOR (A) SISTEMA ADMINISTRATIVO II/ SUB GERENCIA DE MANEJO Y APROVECHAMIENTO FORESTAL Y DE FAUNA SILVESTRE

SECCIÓN: FUNCIONES

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención, servicio eficiente y de calidad a las comunidades nativas y comunidades campesinas de acuerdo a sus competencias dentro de su jurisdicción, a fin de contribuir con el logro de los objetivos de la unidad de gestión.

FUNCIONES DEL PUESTO

- Fortalecer las capacidades y brindar asistencia técnica a los titulares de concesiones forestales con fines maderables, concesiones de conservación, ecoturismo y/o productos diferentes a la madera
- Evaluar los planes generales de manejo forestal (PGMF), los planes de manejo forestal intermedio (PMFI), los planes operativos (PO), las declaraciones de manejo (DEMA), las movilizaciones de saldos, reingreso, reformulaciones y revisar los informes de ejecución de actividades, presentados por los titulares de concesiones forestales.
- Evaluar en gabinete las solicitudes para: exclusión y compensación de área, acceso a regímenes promocionales, autorización de establecimiento de lugares de acopio, y suspensión de obligaciones; según corresponda, afin de regular y promover la gestión del patrimonio forestal y de fauna silvestre.
- Revisar y dar seguimiento en coordinación con asesoría legal, el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales a las que se encuentran sujetos los titulares de las concesiones forestales con fines maderables, concesiones de conservación, ecoturismo y/o productos diferentes a la madera, establecido en la legislación forestal vigente y sus reglamentos.
- Realizar inspecciones oculares a los planes de manejo presentados por los titulares de concesiones forestales con fines maderables, concesiones de conservación, ecoturismo y/o productos diferentes a la madera, según corresponda.
- Atender a las solicitudes de información por parte de SERFOR, OSINFOR, FEMA, PNP y otras autoridades forestales, así como emitir informes de acuerdo a los expedientes asignados por su jefe(a) inmediato.
- Emitir opinión técnica sobre solicitudes para el otorgamiento de concesiones de conservación, ecoturismo y productos forestales diferentes a la madera según corresponda.
- Otras funciones asignadas por la jefatura inmediata, relacionadas a la misión del puesto/área

CONDICIONES ATÍPICAS PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO

No aplica

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

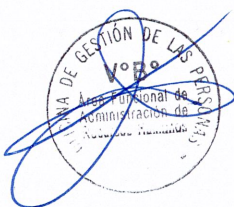
Permanente ☐

según necesidad de servicio del área usuaria

SECCIÓN: REQUISITOS

FORMACIÓN ACADÉMICA

| A) Nivel Educativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos | C) ¿Colegiatura?                                         |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|----------------------------------------|-----------------------------|
| <table><tr><td><input type="checkbox"/> Primaria</td><td>Incompleta</td><td>Completa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Secundaria</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Básica(1 ó 2</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Superior(3 ó</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Universitaria</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Primaria                                 | Incompleta                                               | Completa | <input type="checkbox"/> Secundaria |  |  | <input type="checkbox"/> Técnica Básica(1 ó 2 |  |  | <input type="checkbox"/> Técnica Superior(3 ó |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Universitaria |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <table><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td><td><input type="checkbox"/> Bachiller</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td></tr><tr><td colspan="3">Ingeniería forestal y/o agroforestal acuicola y/o a fines por la formación</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maestría</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td colspan="3">No aplica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doctorado</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td colspan="3">No aplica</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | <input type="checkbox"/> Bachiller | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura | Ingeniería forestal y/o agroforestal acuicola y/o a fines por la formación |  |  | <input type="checkbox"/> Maestría | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | No aplica |  |  | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | No aplica |  |  | <table><tr><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td><td>No <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">D) ¿Habilitación profesional?</td></tr><tr><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td><td>No <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"/> |
| <input type="checkbox"/> Primaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Incompleta                                                        | Completa                                                 |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> Secundaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica(1 ó 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior(3 ó                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/>                      |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Bachiller                                | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| Ingeniería forestal y/o agroforestal acuicola y/o a fines por la formación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Egresado                                 | <input type="checkbox"/> Grado                           |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Egresado                                 | <input type="checkbox"/> Grado                           |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| Sí <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No <input type="checkbox"/>                                       |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| D) ¿Habilitación profesional?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |
| Sí <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | No <input type="checkbox"/>                                       |                                                          |          |                                     |  |  |                                               |  |  |                                               |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                    |                                                          |                                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |                             |                               |  |                                        |                             |



27

## CONOCIMIENTOS

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

ley forestal y fauna silvestre N°29763, Ley N° 27444 procedimiento administrativo general, elaboración de planes de manejo forestal, elaboración de inventarios y censos forestales, ejecución de inspecciones y/o supervisiones en materia forestal y de fauna silvestre, asistencia técnica en la implementación de planes de manejo.

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

Curso, taller, seminarios de: Elaboración y/o evaluación y/o implementación de planes de manejo forestal y/o manejo forestal comunitario y/o manejo y uso de herramientas y equipos para procesamiento de datos (GPS, clinómetro, cinta diamétrica y/u otros) mochila forestal, y/o elaboración de inventarios y censos forestales y/o identificación de especies forestales y/u otras capacitación relacionada al puesto. (no menor a 40 horas acumuladas)

### 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) |                  |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          | Otros (Especificar) |                  |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          | Observaciones:      |                  |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          |                     |                  |        |            |          |

## EXPERIENCIA

### Experiencia laboral general

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

Tres (03) años

### Experiencia laboral específica

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

Dos (02) años.

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

Un (01) año como apoyo en la GERFFS, y/o apoyo técnico en programas forestales y/o apoyo técnico en procedimiento administrativo sancionador y/o acciones de manejo forestal comunitario y concesiones forestales.

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

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

## HABILIDADES O COMPETENCIAS

Trabajo en equipo, ética y transparencia, dinamismo, vocación de servicio, confiabilidad técnica.

## REQUISITOS ADICIONALES

Trabajo bajo presión.

