



**GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**  
**HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**  
**PERFIL DE PUESTO - MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**  
**D.L. N° 1057 CAS TEMPORAL**



**SECCIÓN: IDENTIFICACIÓN**

|                        |                                                    |
|------------------------|----------------------------------------------------|
| Órgano                 | HOSPITAL GENERAL DE JAÉN                           |
| Unidad Orgánica        | DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO |
| Nombre del cargo       | MÉDICO ESPECIALISTA                                |
| Registro AIRHSP        | N° 003521 - N° 001817                              |
| Clasificación          | NO APLICA                                          |
| Nombre del puesto      | MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA              |
| Dependencia jerárquica | DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO |
| Plaza Vacantes         | DOS(02)                                            |

**SECCIÓN: FUNCIONES**

**MISIÓN DEL PUESTO**

Ejecutar actividades especializadas de asistencia médica, investigación y docencia de acuerdo al Servicio de Anestesia.

**FUNCIONES DEL PUESTO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Realizar la atención especializada en anestesia, analgesia y reanimación cardiopulmonar y cerebral básica y avanzada a los pacientes en las etapas pre-operatoria,intra-operatoria y post-operatoria, procedimientos de emergencia, brindar atención especializada en la modalidad de anestesia y /o sedación fuera del quirófanocomo apoyo a las diferentes especialidades médicas (obstetricia, gastroenterología, oftalmología, cirugía pediátrica, Unidad de Quemados, Diagnóstico por imagen,etc.) |
| 2  | Brindar atención médica y realizar los procedimientos en la especialidad de Anestesiología, de acuerdo a su programación en consulta externa, hospitalización y emergencia y otros servicios del hospital, con calidad y respeto a las normas de ética médica.                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3  | Organizar la Programación diaria de intervenciones quirúrgicas y distribución del personal de acuerdo al Rol y/o otras funciones que le asigne el jefe inmediato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4  | Cumplir los servicios de interconsultas médicas de acuerdo a los requerimientos de las especialidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5  | Participar en los planes de actividades, campañas, estrategias y programas de salud asignados al servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 6  | Realizar, supervisar y dirigir la implementación de planes y programas de atención clínica dentro del servicio para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7  | Elaborar la documentación necesaria para el registro y reconocimiento de las prestaciones de salud de su área, unidad, servicio o departamento (historia clínica, recetas, solicitudes de exámenes y procedimientos, FUAS, y otros relacionados con la prestación).                                                                                                                                                                                                                                     |
| 8  | Realizar diariamente el correcto llenado del Formato Único de Atención (FUA), acorde a la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2021- SIS/GREP - V.01 "DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA GESTIÓN DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PÚBLICAS, PRIVADAS O MIXTAS EN EL MARCO DE LOS CONVENIOS O CONTRATOS APROBADOS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)".                                                                                    |
| 9  | Elaborar, revisar, actualizar y difundir los Documentos de Gestión propios del Servicio según los procedimientos establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 10 | Registrar sus actividades en los sistemas de registro institucional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 11 | Ejecutar óptimamente todos los protocolos que dictamine el empleador, debiendo conservar la armonía laboral y la satisfacción de sus prestaciones según con el interés de la institución, en pro de la mejora del usuario.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 12 | Participar en el mejoramiento de los procesos relacionados con sus actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 13 | Elaborar las especificaciones técnicas y términos de referencia para la adquisición de activos de su área prestacional que requiera la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 14 | Participar en las actividades de docencia e investigación en servicio, y otras actividades académicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 15 | Participar en actividades de Inducción y Capacitación orientadas al campo funcional de su área y de las áreas con las que comparte o complementa responsabilidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 16 | Elaborar y participar en la elaboración de los documentos técnicos de su servicio y ocupación (Guías, protocolos, procedimientos, etc).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 17 | Participación en Comites Técnicos, requerimientos y elaboración de expedientes técnicos de su especialidad, y otras actividades relacionadas con la operación de su área laboral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 18 | Velar por la seguridad interna en salvaguarda de los documentos, equipos y/o recursos asignados a la unidad funcional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 19 | Participar en los planes de actividades, campañas, estrategias y programas de salud asignados al servicio y Programas de Prevención y Control del Cáncer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 20 | Otras funciones que le asigne el (la) Jefe(a) del Departamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**CONDICIONES ATÍPICAS PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO**

NO APLICA

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

Temporal

☒

Permanente

☐

La condición es temporal debido a que la contratación corresponde al régimen del Decreto Legislativo N.º 1057.

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

| A) Nivel Educativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos | C) ¿Colegiatura?                                        |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|----|--------------------------|-------------------------------|--|--|--|----|-------------------------------------|----|--------------------------|-----------|--|--|--|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Incompleta</th><th>Completa</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Primaria</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></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<br/>(1 ó 2 años)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Superior<br/>(3 ó 4 años)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Universitaria</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> |                                                                   | Incompleta                                              | Completa                 | <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Técnica Básica<br>(1 ó 2 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Técnica Superior<br>(3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Universitaria | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <table border="1"><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"><b>Título de Médico Especialista en Anestesiología mas Registro Nacional de Especialidad (RNE).</b></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Maestría/especialidad</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td colspan="3"></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"></td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | <input type="checkbox"/> Bachiller | <input checked="" type="checkbox"/> Título/Licenciatura | <b>Título de Médico Especialista en Anestesiología mas Registro Nacional de Especialidad (RNE).</b> |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Maestría/especialidad | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado |  |  |  | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado |  |  |  | <table border="1"><tr><td>Sí</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="4">D) ¿Habilitación profesional?</td></tr><tr><td>Sí</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="4">E) SERUMS</td></tr><tr><td>Sí</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | D) ¿Habilitación profesional? |  |  |  | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | E) SERUMS |  |  |  | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Incompleta                                                        | Completa                                                |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/> Primaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/>                                |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/> Secundaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/>                                |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica<br>(1 ó 2 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/>                                |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior<br>(3 ó 4 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/>                                |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                     |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Bachiller                                | <input checked="" type="checkbox"/> Título/Licenciatura |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <b>Título de Médico Especialista en Anestesiología mas Registro Nacional de Especialidad (RNE).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                         |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maestría/especialidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Egresado                                 | <input type="checkbox"/> Grado                          |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |                                                         |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Egresado                                 | <input type="checkbox"/> Grado                          |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |                                                         |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/>                               | No                                                      | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| D) ¿Habilitación profesional?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                         |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/>                               | No                                                      | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| E) SERUMS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                         |                          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/>                               | No                                                      | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                         |                          |                          |                                                           |                          |                          |                                                   |                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                    |                                                         |                                                                                                     |  |  |                                                           |                                   |                                |  |  |  |                                    |                                   |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                     |    |                          |                               |  |  |  |    |                                     |    |                          |           |  |  |  |    |                                     |    |                          |

**CONOCIMIENTOS****A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto (No se requiere sustentar con documentos):****B) Cursos y/o programas de especialización requeridos y sustentados con documentos: emitidos a partir del año 2022**

Curso Ofimática básica  
Curso de manejo de pacientes criticos  
Cursos de RCP y acreditación

**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<br>(Word, open office, write, etc.) |                  | X      |            |          | Inglés              | X                |        |            |          |
| Hojas de cálculo<br>(Excel)                              |                  | X      |            |          | Quechua             | X                |        |            |          |
| Programa de presentaciones<br>(Power point)              |                  | X      |            |          | Otros (Especificar) | X                |        |            |          |
| Otros (Especificar)                                      | X                |        |            |          | Otros (Especificar) | X                |        |            |          |
| Otros (Especificar)                                      | X                |        |            |          | Observaciones:      |                  |        |            |          |
| Otros (Especificar)                                      | X                |        |            |          |                     |                  |        |            |          |

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

Experiencia laboral mínima de cuatro (04) años desempeñando funciones afines a la profesión y/o puesto, incluyendo el tiempo de formación en la especialidad.

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

Experiencia laboral mínima de dos (02) años, incluyendo el RESIDENTADO

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

NO APLICA

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

|                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Actitud de servicio, ética e integridad.                                                                                                |
| Compromiso y responsabilidad                                                                                                            |
| Actitud proactiva y Orientación a resultados                                                                                            |
| Pensamiento estratégico, comunicación efectiva, planificación y organización, capacidad de análisis y capacidad de respuesta al cambio. |
| Capacidad de coordinación, organización y control de los recursos asignados.                                                            |
| Capacidad de liderazgo orientado al logro de objetivos institucionales.                                                                 |
| Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.                                                                                       |
| Capacidad de innovación y aprendizaje.                                                                                                  |
| Actitud crítica y propositiva.                                                                                                          |
| Actitud de atención y servicio al usuario interno y externo.                                                                            |
| Buen trato                                                                                                                              |
| Aptitud docente                                                                                                                         |

**REQUISITOS ADICIONALES**

|                             |
|-----------------------------|
| * Disponibilidad inmediata. |
| * Trabajo bajo presión.     |

| CONDICIONES ESCENCIALES DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONDICIONES                          | DETALLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LUGAR DE PRESTACIÓN                  | HOSPITAL GENERAL DE JAÉN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| DURACIÓN DEL CONTRATO                | Plazo hasta el 31 de diciembre del 2026, sujeto a renovacion                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| REMUNERACIÓN MENSUAL                 | S/ 8,548.19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| OTRAS CONDICIONES                    | No tener impedimentos para contratar con el Estado, No tener Antecedentes Judiciales, Policiales, Penales o de proceso de determinación de responsabilidades. No tener sanción en el Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles (RNSCSC). No tener deudas por concepto de pensión alimenticia, No estar inscrito en el (REDERECI). |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |