



## COMUNICADO

### CONVOCATORIA CAS -COVID- N° 001-HHV-2022

1.1 El Hospital Hermilio Valdizan - Lima, en virtud al Decreto de Urgencia N°002-2021 y al Circular N°001-2022-OGGRH/MINSA, requiere la contratación de Personal Asistencial bajo el régimen laboral especial del Decreto Legislativo N°1057-CAS, para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del COVID-19.

CARGO	SERVICIO	CÓDIGO	CANTIDAD	REMUNERACIÓN Mensual	LUGAR DE LABORES
Médico Psiquiatra	Hospital Hermilio Valdizan- Oficina de Personal	Med 001	01	S/8,000.00	Hospital Hermilio Valdizan – Lima.
TOTAL				01	



#### 1.2 Dependencia, Unidad Orgánica Y/O Área Solicitante:

Hospital “Hermilio Valdizan” Departamento del Adulto y Geronte.

#### 1.3 Dependencia encargada de realizar el proceso de la contratación

La Oficina de personal en coordinación con el área usuaria seleccionará al postulante para la contratación respectiva enviando lista de Aptos a la Dirección Ejecutiva de Administración para continuar con los trámites correspondientes





### 1.4 Base Legal

- a. Decreto de Urgencia N°. 019-2021, que establece medidas extraordinarias en materia del sector público.
- b. Decreto de Urgencia N°. 001-2022, que establece medidas complementarias para el Sector Salud en el marco de la Emergencia Sanitaria por los efectos del Coronavirus (COVID-19).

### II Condiciones Esenciales del contrato

CONDICIONES	DETALLE
Lugares de la prestación del Servicio	Hospital Hermilio Valdizan
Duración del Contrato Temporal	Hasta el 28 de febrero
Remuneración total	Indicado en el numeral 1.1.
Otras condiciones del contrato	Disponibilidad inmediata
Inicio de Labores	11 de febrero 2022



H. OCAMPO C.

### III Modalidad de Postulación

#### Postulación Vía Electrónica:

Las personas interesadas en participar en el proceso que cumplan con los requisitos establecidos, deberán enviar su CV documentado al siguiente correo electrónico:



<b>CORREO</b>
convocatoriacas@hhv.gob.pe-oficinapersonalhhv@gmail.com



El postulante debe enviar dentro del horario y fecha establecida en el cronograma. Los Anexos N°01 y 02 los cuales deben estar debidamente firmados y con la impresión dactilar, el anexo N°01 debe ser documentado (debidamente llenado y firmado en cada hoja, cargados en formato PDF), indicando en el asunto el cargo al cual postula, caso contrario NO se evaluará lo presentado.

**Ejemplo:**

**Asunto: Código – CARGO..... Enviar correo según numeral III**

Las informaciones consignadas en los Anexos N°01 y 02, tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dichos documentos y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.



**NOTA.** - Las postulaciones que envíen en otro formato, no serán consideradas aptas/os para el proceso.

Descargar en la siguiente ruta los Anexos:

- **(Formato 1)** <http://www.hhv.gob.pe/nosotros/convocatoria-cas/>
- **(Formato 2)** <http://www.hhv.gob.pe/nosotros/convocatoria-cas/>







**IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO**

**V. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

**1. De la presentación de la Hoja de Vida**

ETAPAS DEL PROCESO	FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
<b>CONVOCATORIA</b>		
1	<p><b><u>Postulación vía Correo:</u></b> Presentación de los Anexos N° 01, 02, al correo electrónico señalado en el comunicado.</p>	08 y 09 de febrero 2022  Oficina de Personal
<b>SELECCIÓN</b>		
2	<p>Publicación de resultados de la Evaluación Curricular Anexos N°01 y 02.</p>	10 de febrero del 2022 en la página Web Institucional. <a href="http://www.hhv.gob.pe/nosotros/convocatoria-cas/">http://www.hhv.gob.pe/nosotros/convocatoria-cas/</a>
3	<p>Registro de Toma de Huella y firma de contrato</p>	11 de febrero del 2022 (8:00 a.m)  Oficina de Personal.



- La información consignada en los Anexos N°01 y 02 tienen carácter de declaración jurada, por lo que el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleva a cabo la entidad.
- Los documentos presentados por los postulantes no serán devueltos.





## 2. Documentación adicional

- Toda la documentación tiene que estar foliada, El anexo 01 es sustentado, detallando los aspectos de formación, experiencia laboral y capacitación de acuerdo a las instrucciones indicadas.
- Anexo N°02 Declaraciones Juradas, deberán descargarse, imprimirse, y presentarse debidamente firmados y con impresión dactilar junto al Anexo 01.
- Web: <http://www.hhv.gob.pe/nosotros/convocatoria-cas/> (link: Convocatoria CAS ).

## VI DE LA DECLATORIA DE DESIERTO O CANCELACIÓN DEL PROCESO

### 1. Declaratoria del Proceso como Desierto

El proceso puede ser declarado desierto en alguno de los siguientes supuestos:

- a. Cuando no se presentan postulantes al proceso de selección.
- b. Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.

### 2. Cancelación del Proceso de Selección

El proceso puede ser cancelado en alguno de los siguientes supuestos, sin que sea responsabilidad de la entidad:

- a. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- b. Por restricciones presupuestales.
- c. Otros supuestos debidamente justificados

### 3. Envío de Documentación

La entrega de la Ficha Única de Datos debe estar correctamente llenada y sin ninguna enmendadura, conjuntamente con los documentos que sustenten el currículum vitae presentado (formación académica, experiencia laboral y capacitación) **en formato PDF al correo electrónico según servicio a postular; indicando en el asunto del correo electrónico el CÓDIGO, el CARGO al cual postula.**

### 4. PERFIL DE PUESTO:

Los postulantes deberán cumplir con los requisitos exigidos en el perfil de puesto de cada plaza convocada.





PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

## ANEXO N°01 Ficha Única de Datos

Foto actualizada

La Oficina General de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

### DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:			
DNI N°		RUC N°	
Fecha de nacimiento	/ /	Distrito-Provincia-Departamento	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo	
Enfermedades /Alergias			
En caso de emergencia contactar a:			
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente		
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/> Físicas <input type="checkbox"/> Sensoriales <input type="checkbox"/> Mentales <input type="checkbox"/> Intelectuales		

### DOMICILIO

Tipo de Vía (marcar con "X")			
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Óvalo <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Trocha <input type="checkbox"/> Otros: Especificar			
Nombre de la vía :		Número :	
		Interior :	
Tipo de Zona (marcar con "X")			
<input type="checkbox"/> Urbanización <input type="checkbox"/> Pueblo Joven <input type="checkbox"/> Unidad Vecinal <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Zona Industrial <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Caserío <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Otros especificar			
H. OCAMPO	Nombre de la zona:		Número :
			Interior :
Ubicación geográfica:	Departamento		Provincia
			Distrito
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)			

### DATOS FAMILIARES

Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			



DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS			
Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado		Nº de Colegiatura	
Estudios Superiores (Universitario - Técnico)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)			
Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magíster/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Especialización - Diplomados			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
Cursos - Seminarios			
Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	
* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.			
IDIOMAS			
Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado



H. OCAMPO C.





DATOS LABORALES			
Experiencia Laboral			
Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
Labores de docencia			
Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
<b>DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES</b>			
Declaro bajo juramento lo siguiente:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS.	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTÍCULO 11 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACIÓN DE SERVICIOS, ASESORÍAS O CONSULTORÍAS, O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCIÓN O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCIÓN DE DIETAS POR PARTICIPACIÓN EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ÓRGANOS COLEGIADOS	
SI	NO		
LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR			
Fecha	/ /	Firma:	
	Día Mes Año		





# ANEXO N°02

## DECLARACIÓN JURADA

Yo....., identificado con:

DNI       Carné de Extranjería       Pasaporte       Otros

N°.....

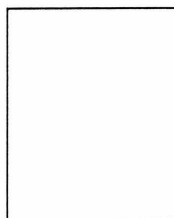
Ante usted me presento y digo:

Que, DECLARO BAJO JURAMENTO, no registrar antecedentes penales a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".

Autorizo a su Entidad a efectuar de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de.....de.....de 20....



Huella Digital

.....  
Firma

DNI  
N°.....





## DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo \_\_\_\_\_ con D N I \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_ en calidad de postulante, declaro bajo juramento.

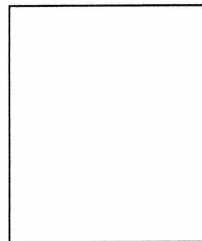
En caso de incorporarme a laborar al Hospital "Hermilio Valdizan"- Lima guardaré la reserva del caso respecto de información privilegiada a la que pudiera acceder y a no divulgar ni utilizar información que, pese a no tener carácter de reserva por norma expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido y ser utilizada en beneficio propio o de terceros con el consiguiente perjuicio al Hospital Hermilio Valdizan – Lima y al Estado.

En caso incumpla lo declarado en la presente, me someteré a las medidas y sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el DS. N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiera lugar.



\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA



Huella Digital







PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

**No tener impedimento ni prohibición para celebrar contratos con el Estado lo que comprende:**

Yo \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_ en calidad de postulante, declaro bajo juramento.

DESCRIPCIÓN		
SI	NO	Tengo impedimento legal para prestar servicios a la Administración Pública, en todas sus formas
SI	NO	Recibo pensión proveniente de servicios prestados del Estado
SI	NO	Tengo inhabilitación existente o en curso para prestar servicios al Estado (destitución o despido)
SI	NO	Tengo antecedentes policiales, penales y/o judiciales ni incurso en procesos judiciales o policiales
SI	NO	Me encuentro incurso en un Proceso Administrativo Disciplinario o con Pre Aviso de Despido
SI	NO	Tengo deuda por concepto de alimentos por obligaciones establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios de acuerdo a la Ley N° 28970.
SI	NO	Me encuentro registrado en el registro de deudores Alimentarios Morosos-REDAM

Indicar si tiene parentesco o afinidad con algún servidor, funcionario o directora del Hospital Hermilio Valdizan – Lima hasta el 4° Grado de Consanguinidad\* ó 2° de Afinidad\*\*:

SI ( ) NO ( )



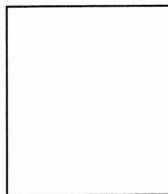
H. OCAMPO C.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Parentesco	Cargo	Dependencia

Declaro bajo juramento que los datos consignados en las páginas de la presente Declaración Jurada son verdaderos siendo pasibles de fiscalización posterior, aceptando las responsabilidades civiles y/o penales que se pudieran derivar en caso se compruebe que los datos proporcionados son falsos o incompletos. Asimismo, me comprometo a comunicar por escrito, a los responsables del proceso de selección en el que participo, la intervención de algún funcionario o trabajador con quien tenga relación de parentesco y que no haya identificado oportunamente, asumiendo caso contrario las consecuencias que se deriven de no hacerlo.



Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_



Huella Digital

\_\_\_\_\_ FIRMA

\* Hasta 4to grado de consanguinidad: Padres, hijos, nietos, hermanos, abuelos, bisabuelos, bisnietos, tíos, sobrinos, tatarabuelos, tataranieto, primos hermanos, tío abuelo, sobrino nieto.

\*\* Hasta 2do grado de afinidad: Suegros, yernos, cuñados, cónyuge, hijo del cónyuge que no es hijo del trabajador, nieto del hijo del cónyuge que no es hijo del trabajador.

"La presente Declaración Jurada se formula en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4-A del Reglamento de la Ley N°26771, incorporado mediante Decreto Supremo 034-2005-PCM"



## PERFIL DEL PUESTO

Código : DSMAG 005

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

<b>Unidad Ejecutora:</b>	017- 0133 HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
<b>Nivel U.E.:</b>	III-1
<b>Unidad Orgánica:</b>	DEPARTAMENTO SALUD MENTAL ADULTO Y GERONTE
<b>Denominación:</b>	MEDICO PSIQUIATRA
<b>Nombre del puesto:</b>	MEDICO PSIQUIATRA
<b>Dependencia Jerárquica Lineal:</b>	NINGUNA
<b>Dependencia Jerárquica funcional:</b>	NINGUNA
<b>Puestos que supervisa:</b>	NINGUNA

### MISIÓN DEL PUESTO

Brindar servicios de salud en el campo asistencial especializado de acuerdo a las guías y protocolos establecidos a pacientes de establecimientos de salud del tercer nivel de atención en el servicio de emergencia y hospitalización, con y sin infección por SARS-CoV-2.

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Efectuar intervenciones especializadas de diagnóstico y tratamiento de pacientes psiquiátricos con patología médica, con y sin infección por SARS- CoV-2 en los servicios de Hospitalización y Emergencia.
2	Examinar e indicar procedimientos para diagnosticar y prescribir tratamientos de medicina en áreas especializadas de psiquiatría.
3	Participar en el desarrollo de actividades de epidemiología y de investigación en salud.
4	Otras funciones que asigne el Jefe inmediato.
5	Diseñar protocolos de atención pacientes psiquiátricos con comorbilidad médica SARS- CoV-2
6	Hacer guías de práctica clínica pacientes psiquiátricos con comorbilidad médica de SARS- CoV-2
7	

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas

Con personal de la salud de su unidad orgánica y otras unidades del Hospital Hermilio Valdizán.

#### Coordinaciones Externas

Con médicos especialistas y otros profesionales de la salud de otras entidades.



## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	Sí	No
C.) ¿Se requiere Colegiatura?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Requiere habilitación profesional?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Se requiere SERUMS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	TITULO DE MEDICO CIRUJANO		
<input type="checkbox"/> Bachiller			
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura			
<input type="checkbox"/> Maestría			
<input type="checkbox"/> Doctorado			
<input type="checkbox"/> Segunda Especialidad		<input checked="" type="checkbox"/>	MEDICO PSIQUIATRA
<input type="checkbox"/> Sub Especialidad			

## CONOCIMIENTOS

### A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaría):

Manejo de pacientes con enfermedades psiquiátricas con patologías infectocontagiosa.

### B.) Programas de especialización y cursos requeridos y sustentados con documentos.

#### Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Cursos o capacitaciones relacionados a Psiquiatría.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	<input checked="" type="checkbox"/>			
Excel	<input checked="" type="checkbox"/>			
Powerpoint	<input checked="" type="checkbox"/>			

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Portugués				
Francés				



## EXPERIENCIA

### Experiencia general

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

3 AÑOS INCLUIDA LA RESIDENCIA MEDICA EN PSIQUIATRIA

### Experiencia específica

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

Practicante profesional     Auxiliar o Asistente     Analista / Especialista     Supervisor / Coordinador     Jefe de Área o Dpto     Gerente o Director

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

No requisito

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (**parte B**), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público     NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

\* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

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

## HABILIDADES O COMPETENCIAS

Adaptabilidad, innovación, disponibilidad para trabajo en equipo, cooperación.

S/ 8,000.00 ( ocho mil con 00/100 soles )

Ministerio de Salud  
Hospital "Hermilio Valdizán"

.....  
**Dr. Edwin Genaro Apaza Aceituno**  
Médico Psiquiatra  
Jefe del Dpto. SM Adulto y Geronte  
CMP 39882 / RNE 21110