







**FORMACIÓN ACADÉMICA**

A) Nivel Educativo	B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos	C) ¿Colegiatura?
<p>Incompleta Completa</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Egresado (a) <input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/Licenciatura</p> <p>MÉDICO INTENSIVISTA</p>	<p>SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado</p> <p><input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado</p>	<p>D) ¿Habilitación Profesional?</p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

**CONOCIMIENTOS**

A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No se requiere sustentar con documentos)

EMERGENCIAS  
Emergencias neurológicas

B) Cursos y Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:

-----

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio				IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado		No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos		X			Inglés			X	
Hojas de cálculo		X			Quechua				
Programa de presentaciones		X			Otros (Especificar)				
Otros (especificar)					Otros (Especificar)				
Otros (especificar)					Observaciones:				
Otros (especificar)									

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**

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

UN (01) AÑO

**Experiencia específica**

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

UN (01) AÑO

B. En base a la experiencia requerida para el puesto (parte A), señale el tiempo requerido en el sector público:

-----

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

Practicante  Auxiliar o  Analista  Especialista  Supervisor  Jefe de Área o  Gerente o

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

RESOLUCIÓN DE SERUMS

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

ADAPTABILIDAD, COOPERACIÓN, CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO, PROACTIVIDAD, INICIATIVA, EMPATÍA  
DINAMISMO

**REQUISITOS ADICIONALES**

---

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS  
Mesa de Trabajo Paucar  
Comité de UCI  
CMP 15067 R4E 7499



## PERFIL DEL PUESTO

### IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Órgano : DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

Unidad Orgánica : UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - UCI

Puesto Estructural : NO APLICA

Nombre del Puesto : MÉDICO ESPECIALISTA

Dependencia Jerárquica Lineal : JEFATURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - UCI

Dependencia Funcional : NO APLICA

Puestos a su cargo : APLICA

### MISIÓN DEL PUESTO

BRINDAR ATENCIÓN A PACIENTES NEUROLÓGICOS Y NEUROQUIRÚRGICOS CRÍTICOS, HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO Y REALIZAR INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO NEUROINTENSIVO DE ACUERDO A PROTOCOLOS Y NORMAS DE SALUD PARA APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

### FUNCIONES DEL PUESTO

1	Realizar la visita diaria a los pacientes internados en UCI, para evaluar estado clínico, exámenes auxiliares y proyectar estrategia terapéutica diaria
2	Realizar trabajos de investigación en el campo neurointensivo, para el desarrollo de la especialidad
3	Realizar los procedimientos de cuidados neurointensivos, para contribuir en el monitoreo y tratamiento del paciente.
4	Realizar las historias clínicas de acuerdo al formato establecido e indicaciones médicas, epicrisis, informes médicos y evolución en la computadora del Servicio, para el registro del estado clínico y evolución de la enfermedad del paciente.
5	Reporte diario de actividades en la entrega de turno, para seguimiento y tratamiento del paciente
6	Responder interconsultas de las salas de hospitalización, Emergencia y Centro Quirúrgica solicitadas por los médicos tratantes, para colaborar en el diagnóstico y terapéutica.
7	Exponer temas de actualización y revisión de revistas, para incrementar el conocimiento de la patología que nos ocupa.
8	Colaborar en la realización de las estadísticas de la Unidad, para llevar el registro de los índices hospitalarios.
9	Otras funciones asignadas por la jefatura inmediata, relacionadas a la misión del puesto

### COORDINACIONES PRINCIPALES

#### Coordinaciones Internas:

Con las áreas asistenciales

#### Coordinaciones Externas:

-----

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS  
AICJ  
Jefe de UCI  
CAMP 45087 PUE 7489

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

<b>A) Nivel Educativo</b>		<b>B) Grado(s) situación académica y carrera/especialidad requeridos</b>			<b>C) ¿Colegiatura?</b>	
<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Egresado (a) <input type="checkbox"/> Bachiller <input checked="" type="checkbox"/> Título/Licenciatura MÉDICO INTENSIVISTA			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 a 2 años) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 a 4 años) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado  <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Grado			D) ¿Habilitación Profesional? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**CONOCIMIENTOS**

A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No se requiere sustentar con documentos)

MEDICINA INTENSIVA GENERAL  
 NEUROINTENSIVISMO  
 NEUROMONITOREO MULTIMODAL

B) Cursos y Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio				IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado		No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Procesador de textos		X			Inglés			X	
Hojas de cálculo		X			Quechua				
Programa de presentaciones		X			Otros (Especificar)				
Otros (especificar)					Otros (Especificar)				
Otros (especificar)					Observaciones:				
Otros (especificar)									

**EXPERIENCIA**

**Experiencia general**

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

UN (01) AÑO

**Experiencia específica**

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

UN (01) AÑO

B. En base a la experiencia requerida para el puesto (parte A), señale el tiempo requerido en el sector público:

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

Practicante  Auxiliar  Analista  Especialista  Supervisor  Jefe de Área  Gerente

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

**RESOLUCIÓN DE SERUMS**

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

ADAPTABILIDAD, COOPERACIÓN, CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO, PRODUCTIVIDAD, INICIATIVA, EMPATÍA, DINAMISMO

**REQUISITOS ADICIONALES**

---

MINISTERIO DE SALUD  
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
 C.M.P. 15057 TEL. 7459