

**CONVOCATORIA CAS COVID -19 N° 011-2022****I. GENERALIDADES****1.1 Objeto de la Convocatoria:**

Contratar los siguientes servicios CAS reemplazos a nivel nacional de los Profesionales Médicos y No Médicos de la Salud, Técnicos dando cumplimiento al Decreto de Urgencia N° 001-2022, destinado fortalecer la capacidad de preparación y respuesta del Sector Salud para afrontar la pandemia por la COVID-19, en el marco de la Emergencia Sanitaria; permitiendo una mayor disponibilidad de los recursos humanos necesarios para mantener la capacidad operativa del sistema de salud en todos los niveles de atención, en la Oficina de Apoyo Administrativo.

**1.2. Dependencia, Unidad Orgánica y/o Área Solicitante.**

**NOMBRE:** HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

**RUC:** 20162197461

**DOMICILIO LEGAL:** Av. José Arnaldo Arambulo La Rosa N° 251 Huacho

**PERIODO:** a partir de la suscripción de contrato al 30 de abril de 2022.

UNIDAD ORGÁNICA	CARGO	CANTIDAD	REMUNERACIÓN (S./.)
OFICINA DE APOYO ADMINISTRATIVO	MEDICO GENERAL ( VEGUETA)	1	6,000.00
	MEDICO GENERAL (HUALMAY)	2	6,000.00
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	

**1.3. Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación.**

El Área usuaria y la Unidad de Personal del Hospital Huacho Huaura Oyón y Servicios Básicos de Salud.

**1.4. Base Legal.**

- Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara la Emergencia Sanitaria a Nivel Nacional por el plazo de noventa (90) días calendarios y dicta medidas de prevención y control del COVID-19.
- Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.
- Resolución Ministerial N°290-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos Técnicos Generales de Expansión de la Capacidad de Atención Clínica ante el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote COVID – 19.

**WWW.hdhuacho.gob.pe**

**Teléfono: 2322351**

**Av. José Arnaldo Arambulo La Rosa N° 251 - Huacho**

**E-mail: hdhuacho@ec-red.com**



- Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Contrato Administrativo de Servicios (CAS).
- Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, modificado por el Decreto Supremo N° 065-2011-PCM.
- Resolución Ministerial N° 254-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Manejo de Personas Afectadas por COVID-19 en Áreas de Atención Crítica.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 065-2020-SERVIR-PE, Guía para la virtualización de concursos públicos del D.L. 1057.
- Decreto de Urgencia N° 001-2022, que establece medidas extraordinarias en materia económica y financiera que permita en el Sector Salud garantizar la acción de la salud durante la vigencia de la Emergencia Sanitaria por la COVID – 19.

## **II. PERFIL DE PUESTO**

**2.1** Todo postulante deberá cumplir con el perfil de puesto requerido por el área usuaria. Del mismo modo, es requisito contar con colegiatura y habilidad vigente en los casos que corresponda, conforme se define en los perfiles de puesto, para los profesionales el SERUM, es indispensable.

## **III. CONVOCATORIA DE PERSONAL Y PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

**3.1** La convocatoria se realiza a través del Portal Institucional de la Unidad Ejecutora, así como de las redes sociales de la Entidad.

**3.2** Los postulantes deberán remitir su curriculum vitae (CV) en formato digital (PDF) al correo dispuesto por el área usuaria quien realizará las verificaciones que correspondan en cuanto a los perfiles solicitados.

**3.3** El área usuaria selecciona al candidato para la contratación respectiva (solo se considera evaluación curricular y entrevista de considerarlo necesario), debiendo remitir a la Unidad de Personal, el Curriculum Vitae documentado y la Ficha de Datos para la Contratación de Personal, ambos en formato digital (PDF) al correo que determine la Unidad de Personal.

**3.4** La Unidad de Personal emitirá los contratos CAS y comunicará cada área usuaria para que sean informados al personal seleccionado y cumplido ello la Unidad de Personal procederá a la correspondiente suscripción por el Jefe de la Unidad de Personal.

## **IV. CONDICIONES DEL CONTRATO**

<b>CONDICIONES</b>	<b>DETALLE</b>
<b>Lugar de prestación del servicio</b>	Hospital Regional Huacho
<b>Duración del Contrato</b>	A partir de suscripción de contrato hasta el 30 de abril de 2022
<b>Compensación</b>	Indicada en la Convocatoria
<b>Otras condiciones del puesto</b>	Disponibilidad Inmediata, <b>presencial.</b>



#### IV. MODALIDAD DE POSTULACIÓN

**4.1 Postulación Vía Electrónica:** Las personas interesadas en participar en el proceso que cumplan con los requisitos establecidos, deberán enviar su curriculum vitae en formato digital (PDF) al correo dispuesto para cada área usuaria con copia al correo: **uphuacho@gmail.com** el área usuaria realizará las verificaciones que correspondan a los perfiles solicitados dentro del horario y fecha establecida en el cronograma.

**Los postulantes deberán indicar en el asunto del correo: el cargo al que postula, seguido de su número de DNI y la Unidad Orgánica al que postula, caso contrario NO se evaluará lo presentado.**

**NOTA.-** Las postulaciones que no cumplan con el envío de todos los requisitos solicitados u utilizando otro formato no serán consideradas aptas/os para el proceso.

AREA USUARIA	CORREO ELECTRONICO
OFICINA DE APOYO ADMINISTRATIVO	kiarakarinatm@hotmail.com

#### V. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO	FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
<b>CONVOCATORIA</b>		
<b><u>Publicación de la Convocatoria</u></b>	<b>18 marzo de 2022</b>	
<b><u>Postulación Vía Electrónica</u></b> Presentación del CV documentado en formato PDF, se remitirá a los correos electrónicos dispuestos para cada área usuaria indicados en el numeral 4.1, con copia al correo electrónico: <b>uphuacho@gmail.com</b>	<b>19 de marzo de 2022</b> (Desde las 8:00am hasta las 23:59 horas)	Unidad de Personal
<b>SELECCIÓN</b>		
<b>Evaluación de C.V.</b>	<b>20 de marzo de 2022</b>	Área Usuaria
<b>Publicación de Resultados</b>	<b>20 de marzo de 2022</b> (a las 18:00 horas) Portal Web Institucional	Unidad de Personal
<b>ADJUDICACION DE PLAZA E INICIO DE ACTIVIDADES</b>	<b>21 de marzo de 2022</b> (8:am)	Área Usuaria



## **VI. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

### **6.1 De la presentación de la Hoja de Vida**

- La información consignada en el Currículum Vitae u Hoja de Vida tiene 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.

### **6.2 Documentación Adicional**

- Solicitud de Inscripción según formato Anexo N° 01 (publicado WEB-HOSPITAL HUACHO)
- Declaración Jurada según formato Anexo N° 02 (publicado WEB-HOSPITAL HUACHO)
- Los formatos de Declaración Jurada, deberán descargarse, imprimirse y presentarse debidamente firmados y con impresión dactilar.
- Ficha Única de Datos Anexo N° 03 (publicado WEB-HOSPITAL HUACHO)

## **VII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O CANCELACIÓN DEL PROCESO**

### **7.1 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.

### **7.2 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.

## **VIII. LUGARES DE RECEPCIÓN DE CV DOCUMENTADOS**

La postulación será vía correo electrónico directamente a los correos indicado en las bases: Los archivos a enviar es el Currículum Vitae Documentado en PDF a los correos de las áreas usuaria. No se admitirán postulaciones utilizando otra vía de presentación.

## **IX. DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO.**

Los postulantes declarados seleccionados, deberán de asistir en ayunas la fecha de adjudicación de plaza, según cronograma, y pasarán por el Servicio de Salud Ocupacional, para el respectivo examen médico.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA.

**“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”**



HOSPITAL DE HUACHO

La Oficina de la Unidad de Personal emitirá el contrato CAS, y envía el físico al órgano o unidad orgánica para la suscripción respectiva del servidor/a, los cuales serán devueltos antes de la culminación del mismo, debidamente firmados.

Los postulantes declarados seleccionados deberán contar con las dos (2) dosis de vacunación y la tercera dosis de refuerzo, obligatoriamente.

**WWW.hdhuacho.gob.pe**

**Teléfono: 2322351**

**Av. José Arnaldo Arambulu La Rosa N° 251 - Huacho**

**E-mail: [hdhuacho@ec-red.com](mailto:hdhuacho@ec-red.com)**



**ANEXO N° 01**

**SOLICITO: PARTICIPAR EN CONVOCATORIA CAS N°011-2022 COVID -19 HOSPITAL HUACHO HUAURA Y SBS – UNIDAD EJECUTORA 401.**

**SEÑORES**

**HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS**

Yo, ....., identificado con DNI N°....., con domicilio legal en....., Distrito de ....., Provincia de ..... Departamento de .....; ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

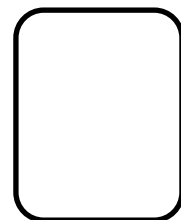
Que, teniendo conocimiento de la Convocatoria CAS COVID-19 N° 011-2022, el cual se llevará a cabo en el Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS, y contando con los requisitos necesarios para ocupar la plaza de .....en la Unidad Orgánica....., solicito se me admita como postulante y aceptar mi participación en el presente Concurso, para lo cual me someto a lo dispuesto por las normas vigentes.

Asimismo, declaro bajo juramento que cumplo con los requisitos y que los documentos que presento en este concurso, proporcionan información veraz.

Por lo expuesto: Ruego a usted señor presidente, aceptar mi solicitud por ser procedente y justa.

Huacho,..... de..... del 2022

-----  
Firma del postulante



Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....



**ANEXO N° 02**

**DECLARACION JURADA**

El que suscribe,....., identificado con DNI N°.....  
....., RUC N°..... y con domicilio real en.....  
..... Estado civil..... natural del Distrito de.....  
....., Provincia de..... Departamento de.....

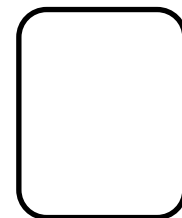
**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

1. No encontrarme sancionado en ninguna entidad pública, (De haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación).
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional (si fuere el caso).
3. No encontrarme inhabilitado para ejercer cargo en el Estado.
4. No tener inhabilitación vigente en el registro de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD.
5. No encontrarme incurso en caso de Nepotismo.
6. No tener antecedentes policiales ni penales.
7. No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
8. Tener disponibilidad inmediata para la suscripción del contrato.
9. Encontrarme en buen estado de salud, clínicamente apto.
10. Que la información detallada en mi Currículo Vitae, así como los documentos que se incluyen, son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad.

Huacho, .....de ..... del 2022

-----  
**FIRMA DEL DECLARANTE**



Huella Digital

Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....



**ANEXO N° 03**

**DECLARACION JURADA DE PERTENECER A GRUPO DE FACTOR DE RIESGO POR PROPAGACION DEL COVID -19**

Yo,....., identificado/a con número de DNI N°....., postulante al proceso de selección CAS COVID N°....., para el cargo de:....., cuyas funciones las desarrolla en base a las condiciones y lugar establecido en la convocatoria bajo el estricto respeto del derecho a la intimidad que la ley me confiere y con carácter de confidencialidad, declaro ante usted las siguientes respuestas:

¿Usted se encuentra en alguno(s) de los siguientes factores de riesgo?

FACTOR DE RIESGO	MARCAR
Edad mayor de 65 años	
Hipertensión arterial no controlada	
Enfermedades cardiovasculares graves	
Cáncer	
Obesidad IMC>=40	
Diabetes Mellitus	
Asma moderada grave	
Enfermedad pulmonar crónica	
Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis	
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor	
Embarazada o en periodo de lactancia	
Ninguno	

En caso que se encuentre incurso en algunas de las enfermedades que se indica en el cuadro anterior, indicar la medicación que se encuentra recibiendo.

.....  
Todos los datos expresados en el presente documento constituyen declaración jurada de mi parte, aceptando las responsabilidades que puedan derivarse si algún dato declarado fuese falso.

Asimismo, autorizo a la Entidad, el uso confidencial de la información brindada, solo y exclusivamente para los fines de salvaguardar la salud y bienestar de los trabajadores en caso me incorpore a la entidad.

HUACHO, ...de.....de 2022

\_\_\_\_\_  
FIRMA, NOMBRES Y APELLIDO



# FORMATO DE PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

**Unidad Ejecutora:** Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS  
**Nivel U.E.:** II-2  
**Unidad Orgánica:** Establecimiento de Salud  
**Denominación:** MEDICO  
**Nombre del puesto:** MEDICO  
**Número de puesto:** (3) TRES  
**Dependencia Jerárquica Lineal:** Jefe del Establecimiento de Salud  
**Dependencia Jerárquica funcional:** Jefe del Establecimiento de Salud  
**Puestos que supervisa:** Ninguno

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención médica integral en el campo asistencial en los establecimientos de salud del primer nivel de atención que comprende la promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de riesgos de enfermedades, así como la recuperación y rehabilitación de la salud a pacientes COVID 19 en el marco de la adecuación de los servicios del primer nivel de atención.

## FUNCIONES DEL PUESTO

1	Brindar atención médica en el campo asistencial de la salud en el establecimiento de salud a pacientes COVID 19.
2	Efectuar intervenciones médicas; preventivas ó promocionales ó de recuperación de la salud del paciente.
3	Supervisar la aplicación del tratamiento médico dirigido al paciente de acuerdo a normas y guías de atención estandarizados.
4	Brindar atención médica integral de las personas, que comprende la promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de riesgos de enfermedades, así como la recuperación y rehabilitación de la salud.
5	Desarrollar actividades relacionadas a la Atención de Pacientes COVID 19 en el marco de su perfil y competencias.

## COORDINACIONES PRINCIPALES

### Coordinaciones Internas

Jefe del Establecimiento de salud, otros servicios.

### Coordinaciones Externas

Microrred de Salud, Organizaciones e instituciones locales y Agentes comunitarios de salud

## 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
Marque si requiere Colegiatura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marque si requiere habilitación profesional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Título de Médico Cirujano
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	

### C.) Estudios de posgrado requerido para el puesto

	Egresado	Grado/ Titulado
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA  
 HOSPITAL HUACHO HUAYRA OYÓN

MC. FLORE TERRONES MAYTA  
 JEFE DE LA OFICINA DE APOYO ADMINISTRATIVO

**CONOCIMIENTOS**

A) **Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto** (No requieren documentación sustentaria):

Conocimientos vinculados a las funciones del puesto.

B) **Programas de Especialización requeridos y sustentados con documentos:**

**Note:** Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

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

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word	x			
Excel	x			
PowerPoint	x			

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

**EXPERIENCIA**

**Experiencia laboral general**

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

No Requiere

**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 Jefe de Departamento    
  Gerente o Director

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

No Requiere

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.

SERUMS Indispensable. En caso de no contar con SERUMS deberá estar inscrito al SERVICER.

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

Orientación al servicio.

**CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO**

**Lugar de prestación del servicio:**

**Duración del contrato:** Desde la suscripción del contrato al 30 de abril del 2022

**Remuneración mensual:** S/. 6000.00


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA  
 HOSPITAL HUANCAVILCA DE SALUD HUAYRAOYON  
 M.C. FLOR E. TERRONES MAYTA  
 DIRECTORA DE APOYO ADMINISTRATIVO