

CONVOCATORIA CAS COVID 19 N° 017-2022
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD

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, dando cumplimiento al Decreto de Urgencia N° 009-2022, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria por la pandemia por la COVID-19, durante los meses de mayo y junio; y en cumplimiento del numeral 3.1, 3.2 y 3.3 del artículo 3 del Decreto en mención, a fin de ocupar la totalidad de las plazas CAS COVID VACANTES.

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 junio de 2022.

UNIDAD ORGÁNICA	AIRHSP	CARGO	CANTIDAD	REMUNERACIÓN
OFICINA DE APOYO ADMINISTRATIVO	001188	MEDICO I - PEDIATRA (C.S MANZANARES)	1	9,000.00
	001184	MEDICO I (C.S CHURIN)	1	9,000.00
	001424	MEDICO - GINECO OBSTETRA (C.S MANZANARES)	1	9,000.00
TOTAL			3	



1.3. Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación

El Área usuaria y la Unidad de Personal del Hospital Huacho Huaura Oyon 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

WWW.hdhuacho.gob.pe

Teléfono: 2322351

Av. Arnaldo Arambulo la Rosa N° 351 – Huacho

E-mail: hdhuacho@ec-red.com

- Clínica ante el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del brote COVID-19.
- 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° 009-2022, que establece medidas extraordinarias en materia económica y financiera que permita en el Sector Salud ampliar la oferta de los servicios de salud implementando acciones para mejorar e incentivar la capacidad de respuesta frente a la pandemia causada por la COVID - 19; así como autoriza la contratación administrativa de servicios en el régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057, para los meses de mayo y junio de 2022.

II. PERFIL DE PUESTO

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, conforme se define en los perfiles de puesto, para los profesionales de la salud el SERUMS, 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

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	Red de Salud Huaura Oyón
Duración del Contrato	A partir de suscripción de contrato hasta el 30 de junio de 2022
Compensación	Indicada en la Convocatoria
Otras condiciones del puesto	Disponibilidad Inmediata, presencial.

V. MODALIDAD DE POSTULACIÓN

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 por el 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

VI. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO	FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
CONVOCATORIA		
Publicación de la Convocatoria Postulación Vía Electrónica Presentación del CV documentado en formato PDF, se remitirá al correo electrónico dispuesto por el área usuaria indicados en el numeral 5 con copia al correo electrónico uphuacho@gmail.com	10 de junio de 2022 Del 11 al 12 de junio de 2022 (Desde las 8:00 am hasta las 20:00 horas del día 12 de junio)	UNIDAD DE PERSONAL
SELECCIÓN		
Evaluación de C.V.	13 de junio de 2022	Área Usuaria

Publicación de Resultados	13 de junio de 2022 (a las 20:00 horas) Portal Web Institucional	Unidad de Personal
EXAMEN MEDICO – RESULTADOS DE SALUD OCUPACIONAL A LOS SELECCIONADOS	14 de junio 2022 (8:00 am)	Salud Ocupacional
ADJUDICACION DE PLAZAS E INCIO DE ACTIVIDADES	14 de junio de 2022 (12:pm)	Área Usuaría

VII. DOCUMENTOS A PRESENTAR

7.1 De la presentación de la Hoja de Vida

La Información consignada en el Curriculum 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.

7.2. Documentación Adicional



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

VIII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O CANCELACIÓN DEL PROCESO

8.1. 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.

8.2. 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.

WWW.hdhuacho.gob.pe

Teléfono: 2322351

Av. Arnaldo Arambulo la Rosa N° 351 – Huacho

E-mail: hdhuacho@ec-red.com

IX. 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 Curriculum Vitae Documentado en PDF a los correos de las áreas usuaria. No se admitirán postulaciones utilizando otra vía de presentación.

X. DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

Los postulantes declarados ganadores, 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.



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 seleccionados deberán contar obligatoriamente con las 2 dosis de vacuna contra la COVID-19 y tercera dosis de refuerzo.

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 (C.S MANZANARES)
Denominación:	MEDICO
Nombre del puesto:	MEDICO
Número de puesto:	(1) UNO
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"/>	MEDICO PEDIATRA
<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

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 (C.S CHURIN)
Denominación: MEDICO
Nombre del puesto: MEDICO
Número de puesto: (1) UNO
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 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Incompleta</th> <th>Completa</th> </tr> </thead> <tbody> <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(1 ó 2 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Universitario</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marque si requiere Colegiatura</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Marque si requiere habilitación profesional</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		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 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 1.2em;">Título de Médico Cirujano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bachiller</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td> </tr> </table> C.) Estudios de posgrado requerido para el puesto <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Egresado</th> <th>Grado/ Titulado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maestría</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doctorado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Segunda Especialidad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Título de Médico Cirujano	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura		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"/>
	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"/>																																							
<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Título de Médico Cirujano																																								
<input type="checkbox"/> Bachiller																																									
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura																																									
	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"/>																																							



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:

Nota: 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.

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:

1 AÑO (NO INCLUYE SERUMS)

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.

1 AÑO (NO INCLUYE SERUMS)

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

SERUMS Indispensable

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 Junio del 2022
 Remuneración mensual : s/ 9000.00


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS
 HOSPITAL MACO

 M. C. T. S. C. LUCYROS MAYTA
 JEFE DE OFICINA DE PROYECTO ADMINISTRATIVO

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 (C.S MANZANARES)
Denominación:	MEDICO
Nombre del puesto:	MEDICO
Número de puesto:	(1) UNO
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"/>

	Si	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"/>	GINECO - OBSTETRA
<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

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:

Nota: 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.

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 / Funcionaria Supervisor / Coordinador Jefe de Área o Departamento Gerente o Director

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

1 AÑO (NO INCLUYE SERUMS)

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.

1 AÑO (NO INCLUYE SERUMS)

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

SERUMS Indispensable

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 Junio del 2022
Remuneración mensual : s/ 9000.00

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA
HOSPITAL HUCHIÑO
M.C. FLOR E. TERRONES MAYTA
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO ADMINISTRATIVO



ANEXO N° 01

Ficha Única de Datos



La Unidad de Personal de la Unidad Ejecutora N° 401 - Hospital Huacho Huaura Oyon y Servicios Basicos de Salud 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	() Soltero (a) () Casado (a) () Viudo (a) () Divorciado (a) () Conviviente		
Discapacidad	() Sí () No		
Tipo de discapacidad	() Físicas () Sensoriales () Mentales () Intelectuales		

DOMICILIO

Tipo de Vía (marcar con "X")			
() Avenida () Jirón () Calle () Pasaje () Alameda () Malecón () Óvalo () Parque () Plaza () Carretera () Trocha () Otros: Especificar			
Nombre de la vía :		Número :	
		Interior :	
Tipo de Zona (marcar con "X")			
() Urbanización () Pueblo Joven () Unidad Vecinal () Conjunto Habitacional () Asentamiento Humano () Cooperativa () Residencial () Zona Industrial () Grupo () Caserío () Fundo () Otros especificar			
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



DATOS LABORALES

Experiencia Laboral

Institución / Empresa	Cargo - Actividad desempeñada	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

Labores de docencia

Centro de Enseñanza	Curso Dictado	Inicio	Término
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /



LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Fecha	/ / Día Mes Año	Firma:	
--------------	--------------------	---------------	--

ANEXO N° 02

**SOLICITO: PARTICIPAR EN CONVOCATORIA CAS N°017-2022 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° 017-2022**, 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°

WWW.hdhuacho.gob.pe

Teléfono: 2322351

Av. Arnaldo Arambulo la Rosa N° 351 – Huacho

E-mail: hdhuacho@ec-red.com

ANEXO N° 03

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°

WWW.hdhuacho.gob.pe

Teléfono: 2322351

Av. Arnaldo Arambulo la Rosa N° 351 – Huacho

E-mail: hdhuacho@ec-red.com

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