

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



**CONTRATACION DE PERSONAL EN
LA MODALIDAD DE CAS TOMANDO
COMO BASE LAS DISPOSICIONES
EXTRAORDINARIAS EN MATERIA
DE CONTRATACION DE PERSONAL
DEL SECTOR PUBLICO**

COVID-19

HOSPITAL REZOLA - CAÑETE

PROCESO CAS N° 001-2021-HRC

BASES CONVOCATORIA



**CONVOCATORIA N° 001-2021-HRC-COVID-19 PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE CAS EXCEPCIONAL PARA REDUCCIÓN DE COVID-19
HOSPITAL REZOLA – CAÑETE AÑO 2,021**

1. OBJETIVO

Contratar Personal Asistencial y Administrativos en la modalidad de **CAS EXCEPCIONAL** para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del **Coronavirus COVID — 19**, en la Unidad Ejecutora 403 HOSPITAL REZOLA - CAÑETE, de la Dirección Regional de Salud, Pliego 463 Gobierno Regional Lima, contratos que concluirán automáticamente una vez culminada la Emergencia Sanitaria dada por el Gobierno (D.S. N° 008-2020-SA y D.S. N° 010-2020-SA).

2.- DEPENDENCIA:

HOSPITAL REZOLA – CAÑETE.

3.-BASE DE LEGAL:

Decreto de Urgencia N°029-2020, que establecen medidas extraordinarias en materia de contratación del personal del Sector Público.

4.-LOS POSTULANTES:

Podrán participar todos los profesionales de la salud especialistas (médicos, enfermeros) técnicos asistenciales y administrativos que reúnan el perfil del puesto requerido, denominación del cargo, funciones a ejecutar, formación académica, experiencia profesional general y específica en el puesto.

Todo Profesional de la Salud a contratar deberá contar con SERUMS, Colegiatura y Habilitación, en esta convocatoria el SERUMS es opcional.

El postulante debe tener la disponibilidad para laborar.

5.-CONVOCATORIA:

La convocatoria se realiza a través del portal Institucional del HOSPITAL REZOLA – CAÑETE.

Los postulantes deberán remitir el Formato ANEXO 1 FICHA UNICA formato digital (PDF) al siguiente correo electrónico unidadpersonalrezola@gmail.com



CAS N° 001-2020-EXCEPCIONAL COVID - 19

ITEM N°	PEA	CARGO	ESPECIALIDAD	ORGANO	MONTO S/
01	07	MEDICO CIRUJANO		AREA COVID - 19	9,000.00

TOTAL DE PLAZAS	07
-----------------	----

NOTA: El personal que resulte ganador acuerdo a la demanda de pacientes

ingresara por orden de puntaje y de COVID-19

6.-CRONOGRAMA:

ETAPAS DEL PROCESO	FECHA
Publicación de la Convocatoria	05-03-2021
Difusión de la Convocatoria y cronograma de concurso en el portal de la Institución.	08-03-2021 al 09-03-2021
Presentación de Formato ANEXO 1 FICHA UNICA en digital (PDF) al correo Institucional	10-03-2021
SELECCIÓN	FECHA
Evaluación Curricular	11-03-2021
Publicación de Resultados finales	12-03-2021 Horas 18:00
Emisión de Contrato.	15-03-2021
Inicio de Labores	16-03-2021



7.- PERFILES DE PUESTO, CARACTERISTICAS DEL PUESTO Y CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

ITEM N° 01

AREA COVID-19

PERFIL DEL PUESTO: (07) MEDICO CIRUJANO

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Médico General – SERUMS opcional.
Habilidades o Competencias	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a resultados. • Preocupación por orden, calidad y precisión. • Trabajo en equipo y cooperación al nivel deseado. • Facilidad para la comunicación. • Creatividad e iniciativa. • Tolerancia al trabajo bajo presión. • Ética y valores. • Solidaridad y honradez. • Ética puntualidad y óptimo desenvolvimiento profesional en situaciones de estrés.
Formación Académica, Grado Académico y/o Nivel de Estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional de Médico Cirujano. • Colegiatura, Habilitación profesional. • Copia de Registro del Colegio Médico del Perú.
Cursos y/o Estudios.	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos relacionados a la medicina.
Conocimientos para el puesto y/o cargo: mínimos o indispensables y deseables	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP.V.02, Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica (indispensable). • Manejo de Office (indispensable).

CARACTERISTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO:

Principales funciones a desarrollar:

- Brindar atención médica integral por medios clínicos a pacientes de Coronavirus 19, de acuerdo a guías y procedimientos establecidos, para la prevención, control, tratamiento y recuperación oportuna de la salud de pacientes.
- Brindar atención médica en TRIAJE COVID – 19, de acuerdo a las guías de práctica clínica vigente y según su programación.
- Realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a norma de COVID – 19.
- Cumplir y hacer cumplir el correcto las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo a fin de proteger al paciente como al personal del Hospital.
- Otras funciones específicas que le asigne la Jefatura inmediata relacionada al puesto de trabajo.



CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	Hospital Rezola - Cañete, Plaza San Martín N° 120 - San Vicente de Cañete - Cañete - Lima.
Duración del contrato - Horario	Desde la suscripción del Contrato y concluirá automáticamente una vez culminado la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud debido a la existencia del COVID - 19 Según programación 150 Horas Mensuales.
Remuneración mensual	S/ 9,000.00 Soles (Nueve Mil y 00/100 Soles) Incluye los montos y afiliaciones de ley, así como toda deducción aplicable al trabajador.

NOTA: El personal Profesional de la Salud Médico, para laborar, no debe tener vínculo laboral con otras Dependencias del Estado.



ANEXO 1

FICHA UNICA DE DATOS PARA LA CONTRATACION DE PERSONAL DISPUESTO EN EL DECRETO DE URGENCIA N°029-2020

FICHA UNICA DE DATOS		Foto Actualizada												
ITEM:	CARGO:	ESPECIALIDAD:												
<p>La Oficina 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 de Procedimiento Administrativo General.</p>														
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 y Alergias														
En caso de Emergencia														
Parentesco	Teléfono de contacto de Emergencia													
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente													
Discapacidad	<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") <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avenida</td> <td><input type="checkbox"/> Jirón</td> <td><input type="checkbox"/> Calle</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaje</td> <td><input type="checkbox"/> Alameda</td> <td><input type="checkbox"/> Otros: Especificar:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parque</td> <td><input type="checkbox"/> Plaza</td> <td><input type="checkbox"/> Carretera</td> <td><input type="checkbox"/> Trocha</td> <td><input type="checkbox"/> Malecón</td> <td><input type="checkbox"/> Ovalo</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Avenida	<input type="checkbox"/> Jirón	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Pasaje	<input type="checkbox"/> Alameda	<input type="checkbox"/> Otros: Especificar:	<input type="checkbox"/> Parque	<input type="checkbox"/> Plaza	<input type="checkbox"/> Carretera	<input type="checkbox"/> Trocha	<input type="checkbox"/> Malecón	<input type="checkbox"/> Ovalo
<input type="checkbox"/> Avenida	<input type="checkbox"/> Jirón	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Pasaje	<input type="checkbox"/> Alameda	<input type="checkbox"/> Otros: Especificar:									
<input type="checkbox"/> Parque	<input type="checkbox"/> Plaza	<input type="checkbox"/> Carretera	<input type="checkbox"/> Trocha	<input type="checkbox"/> Malecón	<input type="checkbox"/> Ovalo									
Nombre de la Vía:		Numero: Interior:												
Tipo de Zona (marcar con "X") <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urbanización</td> <td><input type="checkbox"/> Pueblo Joven</td> <td><input type="checkbox"/> Unidad Vecinal</td> <td><input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asentamiento Humano</td> <td><input type="checkbox"/> Cooperativa</td> <td><input type="checkbox"/> Residencial</td> <td><input type="checkbox"/> Zona Industrial</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grupo</td> <td><input type="checkbox"/> Caserío</td> <td><input type="checkbox"/> Fundo</td> <td><input type="checkbox"/> Otros especificar:</td> </tr> </table>			<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:
<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:											



Nombre de la Zona:		Numero:		
		Interior:		
Ubicación Geográfica:	Departamento:	Provincia:		
		Distrito:		
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)				
DATOS FAMILIARES				
Apellidos y Nombres:	Fecha de Nacimiento	Numero de DNI	Parentesco	Institución/Entidad en la que labora o presta servicios



DATOS PROFESIONALES Y ACADEMICOS

Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado		N° de Colegiatura	

Estudios Superiores (Universitario - Técnico)

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Especialización – Diplomados

Centro de Estudios	Materia	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*



* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Cursos – Seminarios

Centro de Estudios	Materia	Inicio/Termino	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*

* 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	Termino



Labores de Docencia

Centro de Enseñanzas	Curso Dictado	Inicio	Termino

DECLARACION JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
 Si No
 REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
 Si No
 REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES



Si No

TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNS)

Si

No

ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)

Si

No

ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRACTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)

Si

No

ESTAR INSCRITO EN LA RELACION DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCION VIGENTE

Si

No

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 ARTICULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDERECI) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCION PUBLICA CONTRATACION DEL ESTADO

Si

No

TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGIA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794

Si

No

TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICION O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA Y/O PARA POSTULAR, ACCEDER O EJERCER EL SERVICIO, FUNCION O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS

Si

No

SER CONYUGE CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE LAS PERSONAS SEÑALADAS EN LOS LITERALES a) AL g) DEL ARTICULO 11 DEL TEXTO UNICO ORDENADO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO

Si

No

PERCIBIR SIMULTANEAMENTE REMUNERACION, PENSION U HONORARIOS POR CONCEPTO DE LOCACION DE SERVICIOS ASESORIAS O CONSULTORIAS O CUALQUIER OTRA DOBLE PERCEPCION O INGRESOS DEL ESTADO, SALVO POR EL EJERCICIO DE LA FUNCION DOCENTE EFECTIVA Y LA PERCEPCION DE DIETAS POR PARTICIPACION EN UNO DE LOS DIRECTORIOS DE ENTIDADES O EMPRESAS ESTATALES O EN TRIBUNALES

Si

No

ADMINISTRATIVOS O EN OTROS ORGANOS COLEGIADOS

Si

No

LA PRESENTE FICHA DEBERA SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Fecha

Día Mes Año

Firma:

