



BASES PARA LA IV CONVOCATORIA PARA LA CONTRATACION DE PERSONAL BAJO LA MODALIDAD DE CAS EXCEPCIONAL

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA, AÑO 2021

OBJETIVO

Contratar Personal Asistencial en la modalidad de CAS EXCEPCIONAL para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del CORONAVIRUS COVID- 19 en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

DEPENDENCIA

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA

BASE LEGAL

- ✓ Decreto Legislativo N° 1057; Decreto Legislativo que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicio.
- ✓ Decreto de Urgencia N° 029-2020, que establecen medidas extraordinarias en materia de contratación del personal del Sector Publico.
- ✓ Decreto de Urgencia N° 038-2021 , que dicta medidas extraordinarias en Recursos Humanos y en formación en salud como repuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19

LOS POSTULANTES:

Podrán participar todos los Profesionales y Personal Técnico de la Salud (Medico General, Medico Intensivista, Médico Especialista, Lic. en Enfermería General y Especialista, Tecnólogos Médicos en Medicina Física y Rehabilitación; y Técnico Asistencial en Enfermería, que reúnan el perfil del puesto requerido, denominación del cargo, funciones a ejecutar, formación académica, experiencia profesional general y especifica en el puesto.

Todo Profesional de la Salud a contratar deberá contar con colegiatura y habilitación. El postulante debe tener l la disponibilidad para laborar.

CONVOCATORIA:

La convocatoria se realiza a través de la Pagina Web del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Los postulantes deberán presentar su Curriculum Vitae en formato físico en Mesa de Partes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de 8:00 a.m. a 14:00 p.m.



CUADRO DE DISTRIBUCION
PROCESO EXCEPCIONAL CAS COVID 19

Nº	PROFESION	PEAS	REMUNERACION MENSUAL S/.
1	MEDICOS GENERAL	2	9,000.00
2	MEDICO INTENSIVISTA	2	12,900.00
3	MEDICO ESPECIALISTA	4	12,900.00
4	ENFERMERIA GENERAL	9	6,000.00
5	ENFERMERAS CON ESPECIALIZACION EN CUIDADOS INTENSIVOS Y/O EMERGENCIA	8	7,300.00
6	TECNOLOGOS MEDICO (MEDICINA FISICA Y REHABILITACION)	1	6,000.00
7	TEC. ASISTENCIALES	5	3,300.00

CRONOGRAMA:

	CONVOCATORIA	FECHA Y HORA
1	Publicación de la Convocatoria CAS-COVID 19, en la Página WEB: https://www.hospitalsantamariadelsochorro.gob.pe , de la U.E 405-HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA.	Día 01 de Julio del 2021
2	Difusión; Convocatoria y Recepción de Curriculum Vitae en formato Físico presentado en Mesa de Partes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de 8:00 a.m. a 14:00 p.m.	Día 02 Julio del 2021, hasta las- 14:00 horas
SELECCION		
3	Publication de Resultados	Día 05 Julio del 2021 en la Página WEB institucional (08:00 a.m.)
4	Adjudicación y Suscripción de Contratos	Día 05 Julio del 2021 (13:00 p.m.)

NOTA:

El personal que resulte ganador ingresara por orden de prelación y de acuerdo a la demanda.



I. **MEDICO CIRUJANO GENERAL (02)**

REQUISITOS ESPECIFICOS	DETALLE
FORMACION GENERAL	Presentar copia del Título Profesional de Médico Cirujano y contar con Colegiatura y Habilidad Vigente.
EXPERIENCIA LABORAL	. Acreditar experiencia mínima de (01) Año, incluido SERUMS. . La experiencia debe haber sido desarrollada en Entidades del Sector de Salud
CAPACITACION	Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional desde 2020 – COVID.
HABILIDADES O COMPETENCIAS	Genéricas: Actitud de Servicio, ética e integridad, compromiso y Responsabilidad.
MOTIVO DE CONTRATACION	ATENCION PACIENTES COVID-19

II. **MEDICO INTENSIVISTA (02)**

REQUISITOS ESPECIFICOS	DETALLE
FORMACION GENERAL	Presentar copia simple del Título Profesional de Médico Cirujano. Presentar copia del Título de Especialidad y/o Constancia de Egresado.
EXPERIENCIA LABORAL	. Acreditar experiencia mínima de (03) años; incluye residentado médico. . La experiencia debe haber sido desarrollada en Entidades del Sector de Salud
CAPACITACION	Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional desde 2020, relacionado con la especialidad y/o COVID.
HABILIDADES O COMPETENCIAS	Genéricas: Actitud de Servicio, ética e integridad, compromiso y Responsabilidad.
MOTIVO DE CONTRATACION	ATENCION PACIENTES COVID-19



III. MEDICO ESPECIALISTA (04)

REQUISITOS ESPECIFICOS	DETALLE
FORMACION GENERAL	Presentar copia simple del Título Profesional de Médico Cirujano. Presentar copia del Título de Especialidad y/o Constancia de Egresado en: Anestesiología, Cardiología, Geriátrica, Medicina de Emergencia y Desastres; Medicina de Familia y Comunitaria; Medicina Interna o Neumología; y/o especialidades afines para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes COVID. Presentar copia de Registro de Especialista de corresponder.
EXPERIENCIA LABORAL	. Acreditar experiencia mínima de (03) años; incluye residentado médico. . La experiencia debe haber sido desarrollada en Entidades del Sector de Salud
CAPACITACION	Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional desde 2020, relacionado con la especialidad y/o COVID.
HABILIDADES O COMPETENCIAS	Genéricas: Actitud de Servicio, ética e integridad, compromiso y Responsabilidad.
MOTIVO DE CONTRATACION	ATENCION PACIENTES COVID-19

IV. PERFIL DEL PUESTO Y/O CARGO: LICENCIADA EN ENFERMERIA (09)

REQUISITOS ESPECIFICOS	DETALLE
FORMACION GENERAL	Presentar copia del Título Profesional de Licenciado en Enfermería y contar con Colegiatura y Habilitación Vigente.
EXPERIENCIA LABORAL	. Acreditar experiencia mínima de (01) año; incluye SERUMS. . La experiencia debe haber sido desarrollada en Entidades del Sector de Salud
CAPACITACION	Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional desde 2020, relacionado con la especialidad y/o COVID.



HABILIDADES O COMPETENCIAS	Genéricas: Actitud de Servicio, ética e integridad, compromiso y Responsabilidad.
MOTIVO DE CONTRATACION	ATENCION PACIENTES COVID-19

V. PERFIL DEL PUESTO Y/O CARGO: LICENCIADA EN ENFERMERIA ESPECIALISTA (08)

REQUISITOS ESPECIFICOS	DETALLE
FORMACION GENERAL	Presentar copia del Título Profesional de Licenciado en Enfermería y contar con Colegiatura y Habilitación Vigente; constancia de egresado y/o Titulo de especialidad en las áreas de UCI, UCIN y Emergencia.
EXPERIENCIA LABORAL	. Acreditar experiencia mínima de (01) año; incluye SERUMS.
	. La experiencia debe haber sido desarrollada en Entidades del Sector de Salud
CAPACITACION	Acreditar capacitación y/o actividades de actualización profesional desde 2020, relacionado con la especialidad y/o COVID.
HABILIDADES O COMPETENCIAS	Genéricas: Actitud de Servicio, ética e integridad, compromiso y Responsabilidad.
MOTIVO DE CONTRATACION	ATENCION PACIENTES COVID-19

VI. PERFIL DEL PUESTO Y/O CARGO: TECNOLOGOS MEDICOS EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION (01)

REQUISITOS ESPECIFICOS	DETALLE
FORMACION GENERAL	Presentar copia del Título de Tecnólogo Medico en Medicina Física y Rehabilitación.
EXPERIENCIA LABORAL	. Acreditar experiencia mínima de (01) año; incluye SERUMS.
	. La experiencia debe haber sido desarrollada en Entidades del Sector de Salud
CAPACITACION	Acreditar capacitación y/o actividades de actualización.
HABILIDADES O COMPETENCIAS	Genéricas: Actitud de Servicio, ética e integridad, compromiso y Responsabilidad.
MOTIVO DE CONTRATACION	ATENCION PACIENTES COVID-19



VII. PERFIL DEL PUESTO Y/O CARGO: TECNICO ASISTENCIALES (05): TECNICOS EN ENFERMERIA

REQUISITOS ESPECIFICOS	DETALLE
FORMACION GENERAL	Presentar copia del Título Técnico Profesional de Técnico en Enfermería.
EXPERIENCIA LABORAL	. Acreditar experiencia mínima de (06) meses
	. La experiencia debe haber sido desarrollada en Entidades del Sector de Salud
CAPACITACION	Acreditar capacitación y/o actividades de actualización
HABILIDADES O COMPETENCIAS	Genéricas: Actitud de Servicio, ética e integridad, compromiso y Responsabilidad.
MOTIVO DE CONTRATACION	ATENCION PACIENTES COVID-19



	PERÚ	Ministerio de Salud	Secretaría General	Oficina General de Gestión de Recursos Humanos		Foto actualizada
Ficha Única de Datos						

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	() 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")							
<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:					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
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /



		/ /	/ /
		/ /	/ /

DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES

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



Gobierno Regional de Ica
Dirección Regional de Salud de Ica
U.E 405 – HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”



SI	NO	SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL MVCS.					
<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	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				