

**BASES
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N° 013-2021 COVID-19
HOSPITAL DE VENTANILLA**

CONVOCATORIA DE CONTRATACION DE PERSONAL MODALIDAD CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS N°013-2021 COVID-19 HOSPITAL DE VENTANILLA

I. GENERALIDADES:

1.1 ENTIDAD CONVOCANTE:

Unidad Ejecutora 403 – Hospital de Ventanilla - Provincia Constitucional del Callao.
RUC N° 20550992940.

1.2 DOMICILIO LEGAL:

Av. Pedro Beltrán cuadra 3 N° S/N Ventanilla – Callao.

1.3 OBJETO DE CONVOCATORIA:

Contratar personal asistencial en la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios, en el marco del D.U N° 053-2021, para la prestación de servicios en la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus (Covid19), en la Unidad Ejecutora 403 –Hospital de Ventanilla - Provincia Constitucional del Callao.

1.4 FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Actividades relacionadas: Prevención, Control, Diagnóstico y Tratamiento de Coronavirus.

ITEMS	DENOMINACION	N° PLAZAS	RETRIBUCION MENSUAL
1	Médico Especialista	2	S/ 11 000.00

1.5 BASE LEGAL

- 1.5.1 Decreto de Urgencia N° 053-2021, que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera en Recursos Humanos y formación en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la Covid-19.
- 1.5.2 Decreto Supremo N° 105-2021-PCM, que prorroga el estado de emergencia Nacional declarado por el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, prorrogado por los Decretos Supremos N° 201-2020-PCM, N° 008-2021-PCM, N°036-2021-PCM, N° 058-2021-PCM y N° 076-2021-PCM, modifica el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM y dicta otras disposiciones.

- 1.5.3 Decreto Supremo N° 008-2021-PCM que prorroga el estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencias del Covid-19.
- 1.5.4 Decreto Supremo N° 027-2020-SA que prorroga la Emergencia Sanitaria declarada por Decreto Supremo N° 008-2020-SA, prorrogada por Decreto Supremo N° 020-2020-SA.
- 1.5.5 Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 y sus modificatorias.
- 1.5.6 Decreto de Urgencia 037-2020, que establece medidas complementarias para el Sector Salud en el marco de Emergencia Sanitaria por los efectos del Coronavirus (COVID-19).
- 1.5.7 Decreto de Urgencia N° 029-2020, que establece medidas extraordinarias en materia de personal del sector público.
- 1.5.8 Decreto Legislativo N°1057, que regula el Régimen de Contratación Administrativa de Servicios y sus modificatorias.
- 1.5.9 Circular N° 047-2020-OGGRH/MINSA, mediante el cual la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud formula "Lineamientos para la Contratación de Personal CAS tomando como base las disposiciones extraordinarias en materia de contratación de personal del Sector Público.
- 1.5.10 Resolución de Presidencia Ejecutiva N°065-2020-SERVIR-PE, Guía para la virtualización de concursos públicos del D.L. N° 1057.

II. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de Prestación del Servicio:	Incluido en el numeral 1.3 Objeto de convocatoria
Duración del Contrato:	Un (01) mes a partir de la suscripción del contrato.
Remuneración mensual:	Incluido en el numeral 1.3 Objeto de Convocatoria
Otras condiciones esenciales del contrato:	De acuerdo a la necesidad del Hospital.

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS

1	MEDICO ESPECIALISTA (Internista, Neumólogo, Intensivista o Emergenciólogo)
----------	---

I. GENERALIDADES

1. Objetivo de la convocatoria.

Contratar los servicios de dos (02) Médico Especialistas.

2. Dependencia solicitante.

Hospital de Ventanilla
Área COVID-19.

3. Dependencia encargada de realizar el proceso de Contratación.

Unidad de Recursos Humanos.

II. PERFIL DEL PUESTO

Requisitos	Detalle
Experiencia Laboral	<ul style="list-style-type: none"> Experiencia laboral de 01 año relacionado al cargo que postula Sector Público y/o Sector Privado.
Formación Académica	<ul style="list-style-type: none"> Título Profesional Universitario a nombre de la nación. Constancia de colegiatura. Constancia de Habilidad Profesional vigente. Registro Nacional de Especialista (RNE) o Constancia de termino de Especialidad
Requisitos para el puesto mínimos o indispensables	<ul style="list-style-type: none"> Resolución de término de SERUMS. Conocimientos de Office nivel básico.
Habilidades Competencias	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo en equipo y liderazgo. Capacidad de trabajar bajo presión. Compromiso Institucional buscando la excelencia. Capacidad de interrelacionarse a cualquier nivel.

III. CARACTERISTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO

- a. Atención de pacientes con problemas respiratorios asociados a COVID-19.
- b. Coordinación de referencias de pacientes.
- c. Desarrollar acciones de prestaciones hospitalarias de acuerdo a los mecanismos de asignación y condiciones pactadas en los acuerdos.
- d. Efectuar los procesos de identificación y verificación de cobertura de los asegurados.
- e. Otras funciones que la Jefatura del Área COVID-19 determine

IV. CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del Servicio:	Hospital de Ventanilla
Duración del contrato:	Un (01) mes a partir de la suscripción del contrato sujeto a renovación según disponibilidad presupuestal y/o estado de emergencia.
Remuneración mensual:	S/ 11 000.00
Otras condiciones esenciales del contrato:	150 Horas mensuales.

III. MODALIDAD DE POSTULACIÓN

A. CONVOCATORIA

La convocatoria se realiza a través del Portal Institucional del Hospital de Ventanilla (www.hospitaldeventanilla.gob.pe), a través de las redes sociales de la entidad y otros medios que promuevan el acceso a las oportunidades de trabajo e información a fin de promover la transparencia del concurso que oferta el estado.

B. POSTULACIÓN VIA ELECTRONICA

Podrán participar del presente proceso, toda personal natural que cumpla con los requisitos mínimos señalados en el perfil, enviando un correo electrónico (véase el numeral 5.1) dentro del horario y fecha establecida en el cronograma, lo siguiente:

- ✓ Anexo 1. "Ficha Única de datos para la Contratación de personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N°029-2020(debidamente llenada y firmada con letra legible, dicho documento es de carácter de Declaración Jurada, sujeto a fiscalización por la entidad).
- ✓ Currículo Vitae en formato digital (PDF).

IV. CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

N°	ETAPA	PLAZO	
		INICIO	TERMINO
1	Postulante remite su Curriulum Vitae digital y Ficha Única de Datos para la contratación de Personal (Anexo 1) ambos en un solo archivo en formato PDF , a los correos mencionados en la Evaluación Curricular.	13/07/2021	18/07/2021
2	Evaluación Curricular	19/07/2021	19/07/2021
3	Publicación de resultados finales	19/07/2021	19/07/2021
4	Suscripción del Contrato y registro en marcador de asistencia.	20/07/2021	20/07/2021
5	Inicio de Labores	20/07/2021	

V. EVALUACION CURRICULAR:

El comité de selección permanente selecciona, al candidato/a para la contratación respectiva (solo se considera evaluación curricular), debiendo remitir al Área Funcional de Recursos Humanos, el Curriculum Vitae documentado y la Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal (Anexo 1), ambos en un solo archivo en formatos digital en formato PDF, al correo convocatoria@hospitaldeventanilla.gob.pe con copia al correo:; gianrri@gmail.com; juanl25@yahoo.com; pol_718_gb@hotmail.com.

5.1. Documentación a Presentar

- Solicitud de Postulante (Anexo 1).
- Copia simple del DNI A4
- Curriculum Vitae Documentado.

VI. DURACIÓN DEL CONTRATO:

La contratación de personal que se suscriba por las actividades destinadas a la prevención control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus tiene como duración de un (1) mes que rige a partir de la suscripción del contrato, tienen naturaleza estrictamente temporal y quedará resuelta automáticamente una vez culminado el periodo señalado salvo se autorice la prórroga de los mismos en el marco de la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud debido a la existencia del COVID-19.

VII. DE LA DECLARATORIA DE DESIERTO O LA 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 cumpla con los requisitos mínimos.

7.2 CANCELACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN

El proceso puede ser cancelado en alguno de los siguientes supuestos, sin que sea responsabilidad de la entidad:



- 7.2.1. Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- 7.2.2. Por restricciones presupuestarias.
- 7.2.3. Otras debidamente justificadas.

VIII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:

- a. El postulante deberá consignar al momento de su inscripción virtual, en el rubro **ASUNTO: CONVOCATORIA CAS N° 013-2021-COVID 19**, detallar el cargo al cual postula.
- b. Los interesados que deseen participar de la convocatoria CAS, deberán postular a un solo ITEMS detallado en el numeral **1.3. Objeto de Convocatoria**.
- c. El Área Funcional de Personal con el personal de Selección, Escalafón y Control de Asistencia, deberá emitir el contrato CAS, para la suscripción del servidor/a.
- d. El contrato en físico firmado por el Administrador del Hospital, será entregado al servidor/a al inicio del periodo contratado.

ANEXO 1

FICHA ÚNICA DE DATOS PARA LA CONTRATACION DE PERSONAL DISPUESTO

 		<p>Ficha Única de Datos</p>		<p>Foto actualizada</p>	
<p>La Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del postulante, 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.</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 /Alergias					
En caso de emergencia contactar a:					
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia			
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente				
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <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")					
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Jirón <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Óvalo <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Plaza <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Trocha <input type="checkbox"/> 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 (Magister/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 Nº 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 SERVICIO, FUNCIÓN O CARGO CONVOCADO POR EL M.V.CS.	
SI	NO		
<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		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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		