





GOBIERNO REGIONAL DE LIMA.  
HOSPITAL DE HUACHO

**“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”**  
**“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”**



- Decreto de Urgencia N° 037-2020, Decreto de Urgencia que dicta Medidas Complementarias para el Sector Salud en el marco de la Emergencia Sanitaria por los Efectos del Coronavirus (COVID-19).
- Decreto de Urgencia N° 039-2020, Decreto de Urgencia que modifica el Artículo 11° del Decreto de Urgencia N° 037-2020, que dicta Medidas Complementarias para el Sector Salud en el Marco de la Emergencia Sanitaria por los efectos del Coronavirus (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.
- 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.
- Decreto de Urgencia N° 065-2020, Decreto que dicta medidas complementarias para los Gobiernos Regionales en el marco de la atención de la Emergencia Sanitaria por los efectos del Coronavirus (COVID – 19).
- Decreto de Urgencia N° 125-2020, Decreto que dicta medidas extraordinarias y urgentes para ampliar y reforzar la emergencia sanitaria en el marco de la emergencia nacional por la COVID 19.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 065-2020-SERVIR-PE, Guía para la virtualización de concursos públicos del D.L. 1057.
- Decreto de Urgencia N° 002-2021, que establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria de atención en los establecimientos de salud en le marco de la Emergencia Sanitaria por la COVID – 19.
- Ley N° 31051- Ley que amplía las medidas de protección laboral para mujeres gestantes y madres lactantes en casos de emergencia nacional sanitaria.
- Decreto 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.



## **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.

## **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.

[www.hduhuacho.gob.pe](http://www.hduhuacho.gob.pe)

Teléfono: 2322351

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

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



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	Hospital Regional de Huacho y Red de Servicios Huaura Oyón
Duración del Contrato	A partir de suscripción de contrato al 31 de agosto de 2021 – Renovable.
Compensación	Indicada en la Convocatoria
Otras condiciones del puesto	Disponibilidad Inmediata, presencial.

#### 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: **hdehuacho@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 ATENCION INTEGRAL	dianaetgmed@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>26 de julio de 2021</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><u>hdehuacho@gmail.com</u></b>	<b>27 y 30 de julio de 2021</b> (Desde las 8:00am hasta las 23:59 horas)	Unidad de Personal
<b>SELECCIÓN</b>		



<b>Evaluación de C.V.</b>	<b>31 de julio de 2021</b>	Área Usuaría
<b>Publicación de Resultados</b>	<b>31 de julio de 2021</b> (a las 18:00 horas. Portal Web Institucional)	Unidad de Personal
<b>ADJUDICACION DE PLAZA E INICIO DE ACTIVIDADES</b>	<b>02 de agosto de 2021</b> (8:am)	<b>Unidad de Personal</b>

## 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:

- Quando no se presentan postulantes al proceso de selección.
- Quando 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:

- Quando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- Por restricciones presupuestales.
- Otros supuestos debidamente justificados.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA.  
HOSPITAL DE HUACHO

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”



### **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 Curriculum 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.**

La Oficina de la Unidad de Personal emitirá el contrato CAS COVID, para la suscripción respectiva del servidor/a, hasta un plazo máximo de tres (03) días de la culminación del mismo, los que serán enviados al Área de Legajo debidamente firmados.

El día de la adjudicación de contratos de acuerdo al cronograma, los que resulten seleccionados deberán presentarse en la Unidad de Personal y pasaran por el Servicio de Salud Ocupacional en ayunas a fin de realizar el control y exámenes médicos que corresponda.

  
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN S.B.S.

Lic. LUIS C. CHIMBES BRUNO  
JEFE DE LA UNIDAD DE PERSONAL  
CLAD N° 10499

[WWW.hduacho.gob.pe](http://www.hduacho.gob.pe)

Teléfono: 2322351

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

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



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA.  
HOSPITAL DE HUACHO

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”



**ANEXO N° 01**

**SOLICITO: PARTICIPAR EN CONVOCATORIA CAS N°005-2021 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:

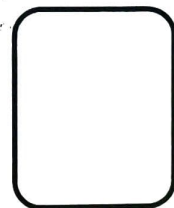
Que, teniendo conocimiento de la Convocatoria CAS COVID-19 N° 005-2021, el cual se llevará a cabo en el Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS, y contando con los requisitos necesarios para ocupar la plaza de ..... en la Unidad Orgánica....., solicito se me admita como postulante y aceptar mi participación 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 2021

-----  
Firma del postulante



Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....





GOBIERNO REGIONAL DE LIMA.  
HOSPITAL DE HUACHO

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”



**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, y no contar con vínculo con el Estado en otra entidad pública.
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 2021

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



Huella Digital

Apellidos y Nombres: .....

DNI N° .....





GOBIERNO REGIONAL DE LIMA.  
HOSPITAL DE HUACHO

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”



**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 2021

\_\_\_\_\_  
FIRMA, NOMBRES Y APELLIDOS

[www.hduacho.gob.pe](http://www.hduacho.gob.pe)

Teléfono: 2322351

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

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

# PERFIL DEL PUESTO

## IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Ejecutora:	Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS
Nivel U.E.:	II - 2
Unidad Orgánica:	OFICINA DE ATENCION INTEGRAL
Denominación:	TECNICO EN ENFERMERIA
Nombre del puesto:	TECNICO EN ENFERMERIA
Número de Puestos:	DOS (2)
Dependencia Jerárquica Lineal:	OFICINA DE ATENCION INTEGRAL
Dependencia Jerárquica funcional:	ENFERMERA JEFE DE SERVICIO
Puestos que supervisa:	NO APLICA

## MISIÓN DEL PUESTO

Brindar apoyo en las actividades de vacunación contra el Covid-19, en el marco del Decreto de urgencia N° 051-2021

## FUNCIONES DEL PUESTO

- Efectuar labores auxiliares de apoyo a los profesionales y técnicos asistenciales en la vacunación contra el COVID-19
- Controlar y hacer seguimiento a los pacientes de la vacunación contra el COVID -19
- Visita domiciliaria a los pacientes para la vacunación contra el COVID-19
- Participar de acciones de coordinación reuniones según necesidad.
- Realizar actividades vinculadas a la vacunación a fin de cumplir las metas establecidas.
- Otras actividades solicitadas asignadas por el Jefe inmediato

## COORDINACIONES PRINCIPALES

**Coordinaciones Internas**  
Ninguna

**Coordinaciones Externas**  
Ninguna

## FORMACIÓN ACADÉMICA

### A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa	<input type="checkbox"/> Egresado(a)
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bachiller
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 añ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Título Técnico
<input checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marque si requiere Colegiatura	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> No	
Marque si requiere habilitación profesional	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

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

TECNICO EN ENFERMERIA

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

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

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

## CONOCIMIENTOS

**A) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):**  
Conocimientos vinculados a las actividades del puesto.

**B) Programas Técnicos principales 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.  
Opcional 03 meses en actividades del primer nivel de atención.

### Experiencia específica

A) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

<input type="checkbox"/> Practicante/profesional	<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar y Asistente	<input type="checkbox"/> Supervisor / Coordinador	<input type="checkbox"/> Jefe de Área o Dpto
--	--	---	--


**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 OFICINA DE ATENCION INTEGRAL

M.C. DIANA E. TOLEDO GARCIA  
 JEFE DE LA OFICINA DE ATENCION INTEGRAL

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

Deseable 03 meses en actividades del primer nivel de atención.

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.

No

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

#### HABILIDADES O COMPETENCIAS

- 1.- Orientación al servicio.
- 2.- Capacidad de trabajo bajo presión
- 3.- Disponibilidad de presencia en situaciones de contingencias, emergencia y/o desastres.
- 4.- Disponibilidad Inmediata.
- 5.- Ser proactivo
- 6.- Orientación a resultados

#### CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

Lugar de Prestación del Servicio	Hospital de Huacho Huaura Oyón y SBS
Duración del Contrato	Desde suscripción del contrato hasta el 31 de Agosto del 2021.
Remuneración mensual	S/. 3, 300.00 Soles

 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS

  
M.C. DIANA E. TOLEDO GARCIA  
JEFE DE LA OFICINA DE ATENCION INICIAL