

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. ΟΚΥπΥ: 13.25.001.401  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο. 98/22 |

10 Μαΐου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**ΘΕΜΑ: Αγορά Υπηρεσιών Λειτουργού Υποστήριξης PACS για τις ανάγκες του Γ.Ν. Λευκωσίας σύμφωνα με το Παράρτημα XIV**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Λειτουργού Υποστήριξης PACS για τις ανάγκες του Γ.Ν. Λευκωσίας.

Η χρονική διάρκεια των συμβάσεων θα είναι για **τέσσερις (4) μήνες** **με δικαίωμα ανανέωσης ανά ένα (1) μήνα** αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.

Το σταθερό μηνιαίο ποσό αμοιβής θα είναι **€1.400 ανά μήνα**.

Ωράριο Εργασίας: **Δευτέρα έως Παρασκευή** από τις **07:30π.μ. - 15:00μ.μ.** εξαιρουμένων επίσημων αργιών και αναμονή κλήσης (on call) με μέγιστο 10 μέρες διαθέσιμος για υπηρεσία on call ανά μήνα εκ των οποίων το μέγιστο 2 Σάββατα ή Κυριακές ή Αργίεςσύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Οι αιτήσεις που θα υποβάλλονται θα καταχωρούνται σε κατάλογο (με αλφαβητική σειρά), τον οποίο θα ελέγχει ο Προϊστάμενος της Μονάδας Ανάπτυξης και Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του ΟΚΥπΥ και η αγορά υπηρεσιών θα πραγματοποιείται σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.

Σε περίπτωση υποβολής περισσότερων αιτήσεων από τις εκάστοτε ανάγκες και ισοδύναμων υποψηφίων η επιλογή θα γίνεται με την διαδικασία κλήρωσης στην παρουσία όλων των ενδιαφερομένων υποψηφίων.

Για οποιεσδήποτε διευκρινίσεις ή πληροφορίες παρακαλούνται οι ενδιαφερόμενοι όπως επικοινωνήσουν με την **κα. Κωνσταντίνα Νικολάου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον αριθμό 22 212 852.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση [**ko.nikolaou@shso.org.cy**](mailto:ko.nikolaou@shso.org.cy) **υποβάλλοντας** συμπληρωμένο **το Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα** του παραρτήματος καθώς και όσα **πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με την παρούσα.**

**Η παρούσα Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος παραμένει σε ισχύ και θα γίνονται δεκτές αιτήσεις καθ’ όλη τη διάρκεια που θα είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΟΚΥπΥ**

**Οι αιτήσεις θα αρχίσουν να κληρώνονται από 19/05/2022 και μετέπειτα θα πραγματοποιούνται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.**

**Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να πληρούν τις πιο κάτω βασικές προϋποθέσεις:**

**Α) Απαιτούμενα Προσόντα**

1. Απολυτήριο αναγνωρισμένης Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης.
2. Πανεπιστημιακό Πτυχίο ή Δίπλωμα σε ένα από τους ακόλουθους κλάδους: Ιατρική Φυσική, Βιο-ιατρική Μηχανική, Φυσική, Ηλεκτρολογική Μηχανική, Ακτινοδιαγνωστική και Ακτινοθεραπεία, Τεχνολογία Ιατρικών Οργάνων.
3. Τριετή τουλάχιστο πείρα σε καθήκοντα σύμφωνα με το σημείο «Β) Καθήκοντα και Ευθύνες» σημεία 1-7 η οποία αποκτήθηκε μετά την απόκτηση των προσόντων που αναφέρονται στο σημείο 2 πιο πάνω.
4. Τα **επιπλέον χρόνια σε πείρα** από τα απαιτούμενα σε καθήκοντα σύμφωνα με το σημείο «Β) Καθήκοντα και Ευθύνες» σημεία 1-7 που αποκτήθηκε μετά την απόκτηση των προσόντων που αναφέρονται στο σημείο 2 πιο πάνω **θα θεωρηθούν πλεονέκτημα** στην επιλογή των υποψηφίων.
5. Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας. Η κατοχή των γλωσσών στο απαιτούμενο επίπεδο θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους είτε μέσω αποδεκτών τεκμηρίων είτε μέσω εξετάσεων μέχρι την ημερομηνία λήξης της υποβολής των αιτήσεων. Κατάλογος των αποδεκτών για σκοπούς της πλήρωσης της παρούσας θέσης «Τεκμήριων Γνώσης Γλωσσών» υπάρχει αναρτημένος στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας (www.psc.gov.cy).

**Να επισυναφθούν τα ακόλουθα**:

1. Αντίγραφο Απολυτηρίου αναγνωρισμένης Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης.
2. Πανεπιστημιακό Πτυχίο ή Δίπλωμα σε ένα από τους ακόλουθους κλάδους: Ιατρική Φυσική, Βιο-ιατρική Μηχανική, Φυσική, Ηλεκτρολογική Μηχανική, Ακτινοδιαγνωστική και Ακτινοθεραπεία, Τεχνολογία Ιατρικών Οργάνων.
3. Τεκμηρίωση Πολύ καλή γνώσης της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας σύμφωνα με τον κατάλογο των αποδεκτών «Τεκμήριων Γνώσης Γλωσσών» που υπάρχει αναρτημένος στην ιστοσελίδα της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας.
4. Τεκμηρίωση εργασιακής πείρας: Βεβαίωση από τους εργοδότες/οργανισμούς στους οποίους εργάστηκε ο αιτητής, στην οποία να αναφέρεται η θέση που κατείχε, η ακριβής περίοδος απασχόλησης (με ημερομηνίες) και τα αναλυτικά καθήκοντα της θέσης
5. Έντυπο 1 - ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

**Β) Καθήκοντα και ευθύνες**

1. Εγκατάσταση, διαχείριση, αναβάθμιση, αξιολόγηση και υποστήριξη του συστήματος PACS αλλά και του συστήματος RIS σε όλα τα Νοσηλευτήρια και κέντρα υγείας του Ο.Κ.Υπ.Υ. Όπου κριθεί αναγκαίο να είναι σε θέση να προβαίνει στις ανάλογες διορθωτικές ενέργειες.
2. Παροχή τηλεφωνικής υποστήριξης οκτώ ώρες ανά εικοσιτετράωρο κατά τις εργάσιμες ημέρες αλλά και ετοιμότητα λήψης τηλεφωνικών κλήσεων όλες τις ώρες του εικοσιτετράωρου, όλες τις ημέρες της εβδομάδας στους χρήστες των συστημάτων για δέκα (10) ημέρες τον μήνα.
3. Να χρησιμοποιεί ή και να αναπτύσσει λογισμικά εργαλεία για την ανάλυση στοιχείων και πληροφοριών που περιλαμβάνονται στη βάση δεδομένων των συστημάτων PACS.
4. Εφαρμογή του προτύπου DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) σχετικά με διαχείριση, αποθήκευση, διακίνηση, εκτύπωση και παρουσίαση των ακτινολογικών εικόνων καθώς και για τη διασφάλιση της οπτικής συνέχειας των ιατρικών εικόνων στα συστήματα παρουσίασης και επεξεργασία.
5. Εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού
6. Ποιοτικό έλεγχο των μονάδων του συστήματος PACS
7. Εφαρμόζει ακτινοπροστασία, δοσιμετρία και βαθμονόμηση των μετρητών ακτινοβολίας σχετικά με τη φυσική της υγείας.
8. Ο Ανάδοχος θα υπάγεται στον Κλάδο Ιατρικής Φυσικής του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας αλλά είναι δυνατό να τοποθετηθεί σε οποιαδήποτε Επαρχία, ανάλογα με τις ανάγκες της Υπηρεσίας.
9. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν.

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται προς τις Νομοθετικές/Κανονιστικές, Γενικές ή Ειδικές Διατάξεις, Οδηγίες, Εγκυκλίους και Πρακτικές, όπως αυτές εφαρμόζονται στον Οργανισμό.

**Έντυπο 1**

**ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:** |  |
| 1. **Όνομα:** |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:** |  |
| 1. **Υπηκοότητα:** |  |

1. **Εκπαίδευση:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα Σχολής / Πανεπιστημίου** | **Περίοδος Φοίτησης** | | **Πτυχίο / Δίπλωμα που αποκτήθηκε** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Γλώσσες:** Αναφέρετε ικανότητα σε κλίμακα από 1 έως 5 (1 – άριστα, 5 – ελάχιστα)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Γλώσσα** | Ανάγνωση | Γραφή | Ομιλία |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Μέλος επαγγελματικών οργανισμών :**
2. **Άλλες ικανότητες:** (π.χ. γνώση Η/Υ κλπ.)
3. **Παρούσα θέση στον οργανισμό:** (Αναγράφεται η σημερινή απασχόληση - θέση σε Επιχείρηση, Οργανισμό Δημοσίου η Ιδιωτικού τομέα, ελεύθερος επαγγελματίας κλπ.)
4. **Κύρια προσόντα:** (Αναγράφονται τα κύρια προσόντα και ικανότητες του ατόμου που προκύπτουν από την μέχρι σήμερα επαγγελματική και άλλη εμπειρία του)
5. **Επαγγελματική εμπειρία:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επιχείρηση / Οργανισμός** | **Περίοδος** | | **Θέση** | **Περιγραφή Καθηκόντων \*** |
| **Από** | **Μέχρι** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Να δοθεί αναλυτική περιγραφή των καθηκόντων κατά τρόπο που να φαίνεται η συνάφεια με τις ζητούμενες υπηρεσίες, ο βαθμός εμπλοκής και ευθύνης.

1. **Άλλα σχετικά στοιχεία / πληροφορίες:**

**Σημείωση:** Η Αναθέτουσα Αρχή διατηρεί το δικαίωμα σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας να ελέγξει την ορθότητα των στοιχείων του Βιογραφικού Σημειώματος. Προς το σκοπό αυτό, ο Προσφέρων οφείλει, εάν του ζητηθεί, να υποβάλει τα κατά περίπτωση απαιτούμενα στοιχεία τεκμηρίωσης

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή Αιτητή | ...................................................................... |
| Όνομα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Ημερομηνία | ...................................................................... |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας | …………………………………………………… |
| Ηλεκτρονική Διεύθυνση (email) επικοινωνίας | ……………………………………………………. |