

|  |
| --- |
| Αρ. Φακ. Ο.Κ.Υπ.Υ.13.25.001.439  Αρ. Προσφοράς: Κ.Ο.175/22 |

Λευκωσία, 13 Ιουλίου 2022

**ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥΣ**

**Θέμα: Αγορά Υπηρεσιών Ιατρικών Λειτουργών για κάλυψη των αυξημένων αναγκών των θαλάμων βραχείας νοσηλείας COVID-19 των Νοσηλευτηρίων του ΟΚΥπΥ σύμφωνα με το Παράρτημα XIV του Ν.73(Ι)/2016**

Ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) ανακοινώνει την πρόθεση του να προβεί σε αγορά υπηρεσιών Ιατρικών Λειτουργών για κάλυψη των αυξημένων αναγκών των θαλάμων βραχείας νοσηλείας COVID-19 των Νοσηλευτηρίων του ΟΚΥπΥ.

Η χρονική διάρκεια της σύμβασης θα είναι για **ένα (1) μήνα** από την ημερομηνία έναρξης εκτέλεσης του αντικειμένου της σύμβασης **με δικαίωμα ανανέωσης ανά ένα (1) μήνα αν εξακολουθεί να υφίσταται η ανάγκη.**

Ωράριο Εργασίας: **Εξαήμερη βάση με** **σύστημα βάρδιας** συμπεριλαμβανομένης και της νυχτερινής εργασίας, Κυριακές και επίσημες αργίες, ανάλογα με της ανάγκες του τμήματος με **ένα day off την εβδομάδα**.

Το σύνολο των ωρών εργασίας δεν θα υπερβαίνει τις **37,5 ώρες την εβδομάδα**.

Σε περίπτωση έκτακτων αναγκών και μετά από έγκριση του Συντονιστή της Σύμβασης ο ανάδοχος δύναται να κληθεί να εργαστεί πέραν των 37,5 ωρών και όχι περισσότερο από 48 ώρες εβδομαδιαίως.

Σταθερό μηνιαίο ποσό αμοιβής: **€3.400/μήνα**

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 ισοβαθμίας των 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. Άντρη Σταυρίδου**, Λειτουργός Ανθρώπινου Δυναμικού Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, στον αριθμό 22 212 854.

Η υποβολή των αιτήσεων θα γίνεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην διεύθυνση **[m.constantinidou@shso.org.cy](mailto:m.constantinidou@shso.org.cy) υποβάλλοντας τα ακόλουθα**:

* **Έντυπο 1 - Βιογραφικό Σημείωμα**
* **Έντυπο 2 - Υπεύθυνη Δήλωση**
* **Έντυπο 3 - Πίνακας Δήλωσης Επαρχίας Προτίμησης**
* **Όσα πιστοποιητικά/βεβαιώσεις απαιτούνται σύμφωνα με το σημείο «Β. Απαιτούμενα Προσόντα»**

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.

**Η πρώτη εξέταση των αιτήσεων θα γίνει στις 19/07/2022** και μετέπειτα θα πραγματοποιείται ξανά όταν υφίσταται ανάγκη.

**Α. Καθήκοντα και ευθύνες**:

1. Συμμετοχή στην νοσηλεία ασθενών του Θαλάμου Βραχείας Νοσηλείας
2. Εξέταση, διάγνωση και αντιμετώπιση περιστατικών COVID-19
3. Παροχή βασικής ιατρικής φροντίδας
4. Αιμοληψίες
5. Κλινική εξέταση
6. Διερεύνηση του περιστατικού
7. Λήψη απόφασης για εισαγωγή σε θάλαμο COVID-19 ή προετοιμασία εξιτηρίου
8. Ενημέρωση ιατρικού φακέλου ασθενών
9. Παροχή υπηρεσιών με βάση το πρόγραμμα που θα του κοινοποιείτε από τον εκάστοτε Υπεύθυνο
10. Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα σχετικά 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.

Σύμφωνα με τον νόμο Περί Γενικού Συστήματος Υγείας του 2001 (89(I)/2001), ο Ανάδοχος οφείλει να καλύπτεται από ασφαλιστική κάλυψη έναντι αμέλειας αναφορικά με την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας από ανεξάρτητο ασφαλιστικό ίδρυμα ή οργανισμό. Ο Ανάδοχος, σύμφωνα με τις αποφάσεις Κ.Δ.Π. 496/2020, θα πρέπει **με την υπογραφή της Σύμβασης να υποβάλει ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής/ιατρικής αμέλειας με ελάχιστο όριο κάλυψης €300.000**. Η ασφαλιστική κάλυψη για νομική ευθύνη έναντι επαγγελματικής αμέλειας πρέπει να έχει ημερομηνία λήξης δύο (2) μήνες μετά την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.

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

**Β. Απαιτούμενα Προσόντα:**

1. Ετήσια **Άδεια Ιατρικού Επαγγέλματος σε ισχύ** για το τρέχον έτος από τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο
2. **Πολύ καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας και καλή γνώση της αγγλικής ή της γαλλικής ή της γερμανικής γλώσσας**. Η πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας στο απαιτούμενο επίπεδο, θα πρέπει να **τεκμηριώνεται** από τους υποψηφίους 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).

**Προτεραιότητα θα δοθεί σε υποψηφίους που κατέχουν, πέραν των πιο πάνω απαιτούμενων προσόντων, σχετική εμπειρία ως ακολούθως:**

Τεκμηριωμένη πείρα σε Θάλαμο/Κλινική COVID. Για την **τεκμηρίωση της πείρας** ο υποψήφιος θα πρέπει να προσκομίσει **βεβαίωση απασχόλησης από προηγούμενους εργοδότες όπου θα αναγράφονται αναλυτικά τα καθήκοντα και οι ημερομηνίες εργοδότησης.**

Οι υποψήφιοι θα βαθμολογηθούν βάσει τα χρόνια σχετικής πείρας τους:

* **Δίνεται 1 μονάδα για κάθε μήνα σχετικής εμπειρίας**

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

Αιτήσεις από ενδιαφερόμενους που έχουν συμπληρώσει πέραν των 28 μηνών εργασίας στο σύνολο με αγορά υπηρεσιών, θα απορρίπτονται.

Ο ΟΚΥπΥ δύναται να διακόψει τη σύμβαση όποτε το κρίνει απαραίτητο, μετά από γραπτή προειδοποίηση δέκα (10) ημερών, χωρίς ο επιτυχών οικονομικός φορέας να ζητήσει οποιαδήποτε αποζημίωση. Σε αυτήν τη περίπτωση, ο επιτυχών οικονομικός φορέας θα πρέπει να αποστέλλει τιμολόγιο στο Λογιστήριο του ΟΚΥπΥ πιστοποιημένο από τον υπεύθυνο συντονιστή μόνο για τις μέρες που έχει εργαστεί.

**Έντυπο 1**

**ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Επίθετο:** |  |
| 1. **Όνομα:** |  |
| 1. **Ημερομηνία γέννησης:** |  |
| 1. **Υπηκοότητα:** |  |
| 1. **Αρ. Ταυτότητας:** |  |
| 1. **Τηλ. Επικοινωνίας:** |  |

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.

**Έντυπο 2**

**Υπεύθυνη Δήλωση**

**Προς Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ)**

Εγώ ο/η …………………………………………………………………………… με αριθμό δελτίου ταυτότητας ……………………………….. δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω εργαστεί στο Υπουργείο Υγείας ή στον ΟΚΥπΥ, με αγορά υπηρεσιών, μέχρι σήμερα συνολικά για ………………………………….. μήνες:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α/Α** | **Θέση** | **Οργανισμός & Τμήμα** | **Από** | **Μέχρι** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

Υπογραφή: ……………………………. Ημερομηνία:……………………

**Έντυπο 3**

**Πίνακας Δήλωσης Επαρχίας Προτίμησης**

|  |  |
| --- | --- |
| **Επαρχία στην οποία θα επιθυμούσατε να απασχοληθείτε** | **Επιλογή**  (σημειώστε 1-5 με αρ.1 την πρώτη επιλογή και αρ.5 την τελευταία επιλογή) |
| **(Α) Λευκωσία** |  |
| **(Β) Λεμεσός** |  |
| **(Γ) Λάρνακα** |  |
| **(Δ) Αμμόχωστος** |  |
| **(Ε) Πάφος** |  |

***Σημείωση: Η αρίθμηση των επιλογών κατά σειρά προτίμησης στον πιο πάνω πίνακα θα πρέπει να είναι διαφορετική για κάθε επιλογή.***

|  |  |
| --- | --- |
| Υπογραφή Προσφέροντος | ...................................................................... |
| Όνομα υπογράφοντος | ...................................................................... |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας | ...................................................................... |
| Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (email) επικοινωνίας: | ..................................................................... |