CONVOCATORIA CAS N°004-2020-COVID-19 - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

I. GENERALIDADES

1. Objeto de la Convocatoria

Contratar los servicios de Profesionales Médicos y no Médicos de la Salud, Técnicos Asistenciales y personal administrativo, bajo el Régimen Laboral Especial del Decreto Legislativo N° 1057-CAS, D.U. N° 032-2020 y D.U. 037-2020 destinados a la prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus (COVID 19). Detalle:

PERSONAL PROFESIONAL MÉDICO

(05)

DEPARTAMENTO	MÉDICOS ESPECIALISTAS	PEAS	HONORARIO MENSUAL
EMERGENCIA Y CC	MÉDICO GASTROENTEROLOGO	2	**10,700**
EMERGENCIA Y CC	NEUROLOGO	1	**10,700**
EMERGENCIA Y CC	NEFROLOGO	1	**10,700**
EMERGENCIA Y CC	INTENSIVISTA	1	**10,700**

(13)

DEPARTAMENTO	MÉDICOS ESPECIALISTAS	PEAS	HONORARIO MENSUAL
MEDICINA INTERNA	MED FISICA Y REHABILITACION	1	**10,700**
MEDICINA INTERNA	OTORRINO LARINGOLOGO	1	**10,700**
MEDICINA INTERNA	CIRUJANO GENERAL	2	**10,700**
MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGO	1	**10,700**
MEDICINA INTERNA	TRAUMATOLOGO	1	**10,700**
MEDICINA INTERNA	CIRUJANO CARDIOVASCULAR	1	**10,700**
MEDICINA INTERNA	MEDICO GENERAL	4	**9,000**
MEDICINA INTERNA	PATOLOGO	2	**10,700**

(5)

DEPARTAMENTO	MÉDICOS ESPECIALISTAS	PEAS	HONORARIO MENSUAL
CIRUGIA GENERAL	TRAUMATOLOGO	4	**10,700**

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE - UNIDAD DE PERSONAL - V° B° - LIC. ADM. ALBERT D. AUBERBAL TELLO

CIRUGIA GENERAL	CIRUJANO GENERAL	1	**10,700**

(05)

DEPARTAMENTO	MÉDICOS ESPECIALISTAS	PEAS	HONORARIO MENSUAL
GINECOOBSTETRICIA	GINECOOBSTETRA	5	**10,700**

(02)

DEPARTAMENTO	MÉDICOS ESPECIALISTAS	PEAS	HONORARIO MENSUAL
PEDIATRIA	PEDIATRA	2	**10,700**

OTROS PROFESIONALES DE SALUD NO MÉDICOS (42)

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ENFERMERO/A ESPECIALISTA	1	**7,300**
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ENFERMERO/A	25	**5,700**
DEPARTAMENTO DE NUTRICION	NUTRICIONISTA	2	**5,700**
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRA	OBSTETRA	**5**	**5,700**
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA	TECNOLOGO MÉDICO - FISIOTERAPISTA	**5**	**5,700**
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	QUÍMICO FARMACEUTICO	**3**	**5,700**
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	INGENIERO INDUSTRIAL	**1**	**5,700**

TECNICOS ASISTENCIALES (45)

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	TÉCNICO DE ENFERMERÍA	**36**	**3,900**
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	TÉCNICO DE LABORATORIO	**6**	**3,900**
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	TÉCNICO EN FARMACIA	**3**	**3,900**

AUXILIAR ASISTENCIAL (3)

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE V° B° LIC. EDER D. ALDABAL TELLO UNIDAD DE PERSONAL

EMERGENCIA Y CC	AUXILIAR ASISTENCIAL (CAMILLERO)	**2**	**2,500**
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	AUXILIAR ASISTENCIAL (TRASLADO DE OXIGENO)	**1**	**2,500**

2. Dependencia, unidad orgánica o área solicitante

Diversos Departamentos y Oficinas del "HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE"

3. Dependencia encargada de realizar el proceso de contratación:

El proceso de contratación estará a cargo del Área Usuaria y la Oficina de Recursos Humanos del Hospital Nacional Hipólito Unanue".

II CONDICIONES ESENCIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	Hospital Nacional Hipólito Unanue
Duración del contrato	Concluye automáticamente una vez terminada la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud debido a la existencia del COVID-19.
Honorario	Indicado en el numeral **1. Objeto de la convocatoria**

III MODALIDAD DE POSTULACION

Postulación Vía Electrónica

Las personas interesadas en participar en el proceso que cumplan con los requisitos establecidos, deberán presentar lo siguiente:

- Anexo 1. "Ficha Única de datos para la Contratación de personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020" (debidamente llenada)
- CV documentado (en formato PDF)
- Declaración Jurada (1 y 2)

La documentación solicitada deberá ser remitida al correo institucional:

convocatorias@hnhu.gob.pe

Fecha de postulación hasta las: 15:00 horas, 20 de julio de 2020

La información consignada en el anexo 1 **"Ficha Única de datos** para la Contratación de personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020", tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que el/la postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

IV CRONOGRAMA

ETAPAS DEL PROCESO		FECHA Y HORA	ÁREA RESPONSABLE
CONVOCATORIA			
	Publicación de Convocatoria Y cronograma de concurso en el portal Institucional: http://hnhu.gob.pe/	18 de Julio de 2020	Unidad de Personal
1	**Postulación vía electrónica:** Presentación de Curriculum Vitae en digital PDF, a los correos mencionados en el numeral III del presente	Del 20 de julio de 2020 **(hasta las 15:00 h)**	Area Usuaria
SELECCIÓN			
2	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular u Hoja de Vida y Resultado Final	21 y 22 de julio del 2020 en la página Web Institucional http://hnhu.gob.pe/	Area Usuaria
3	Suscripción del Contrato	23 de julio de 2020	Unidad de Personal

El Agustino, 18 de julio de 2020.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"

LIC. EDER D. ALDAZABAL TELLO
JEFE DE LA UNIDAD DE PERSONAL

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO 1

Ficha Única de Datos para la Contratación de Personal dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 029-2020

PERÚ | Ministerio de Salud | Secretaría General | Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

Ficha Única de Datos

Foto actualizada

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 Nº		RUC Nº	
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")
( ) Urbanización ( ) Pueblo Joven ( ) Unidad Vecinal ( ) Conjunto Habitacional
( ) Asentamiento Humano ( ) Cooperativa ( ) Residencial ( ) Zona Industrial
( ) Grupo ( ) Caserío ( ) Fundo ( ) 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
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

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

MINISTERIO DE SALUD - Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

T. ALFARO E.

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

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:

SI	NO	
☐	☐	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES
☐	☐	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES
☐	☐	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES
☐	☐	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso corresponda)
☐	☐	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE
☐	☐	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
☐	☐	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY Nº 30794
☐	☐	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 MVCS.
☐	☐	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
☐	☐	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

LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Fecha	/ / Día Mes Año	Firma:	

MINISTERIO DE SALUD Oficina General de Gestión de Recursos Humanos
F. ALFARO E.

CONCURSO CAS - COVID-19

DECLARACIÓN JURADA N° 01

Yo, ..., identificado con D.N.I. .....

Nº ....., de ocupación.....

con domicilio en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que en uso de mis facultades y de acuerdo a la Ley Nº 27444 Procedimiento Administrativo General; de no percibir remuneración, ni laborar en otra Institución del Estado a nivel nacional bajo ninguna modalidad, con excepción de la función de la Docencia en Instituciones Públicas.

Asimismo, de ser falsa dicha declaración me someto a las sanciones administrativas que de acuerdo a Ley estaría infligiendo.

El Agustino, 17 de julio de 2020.

.....

Firma

DNI Nº _____

CONCURSO CAS COVID-19

DECLARACIÓN JURADA N° 02

Yo, ..., identificado con D.N.I. Nº ....., de profesión y/ u ocupación ....., con domicilio en: .....

DECLARO BAJO JURAMENTO

La veracidad de la información contenida en el Currículo Vitae que presento en esta institución.

Suscribo la presente declaración jurada, en virtud del principio de veracidad establecido por el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las responsabilidades civiles, penales y administrativas que corresponden, en caso de que mediante cualquier acción de verificación posterior se compruebe su falsedad.

El Agustino,..... de..... de 2020.

.....
Firma

DNI Nº _____

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE
V° B°
LIC. EDER D. ALDABAL TELLO
UNIDAD DE PERSONAL

CONCURSO CAS COVID-19

DECLARACIÓN JURADA N° 03

Yo, ..., identificado con D.N.I.

N° ....., de ocupación.....

con domicilio en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que en uso de mis facultades y de pleno conocimiento, estar físicamente apto y gozar de buena salud y no presentar ningún tipo de enfermedades en relación al DS. No 083-2020-PCM, articulo 8° sobre personas en grupo de riesgo para COVID-19 la que establece no contar con **COMORBILIDAD, enfermedades tales como: Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedad Cardiovascular, Enfermedad Pulmonar Crónica, Cáncer, Estado de Gestación, otros estados de inmunosupresión.**

Sujetándome a las responsabilidades civiles, penales y administrativas que corresponden, en caso de que mediante cualquier acción de verificación posterior se compruebe su falsedad.

El Agustino,.....de..... del 2020.

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE • UNIDAD DE PERSONAL • V° B° LIC. EDER D. ALDAZABAL TEL.

.....

Firma

DNI N° _____