



CONVOCATORIA CAS EXCEPCIONAL N° 001-2020-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 Auxiliar Asistencial dando cumplimiento al Decreto de Urgencia N° 029-2020 y D.U. 037-2020 la misma que establece medidas extraordinarias en materia de contratación del personal del Sector Público el Hospital Nacional Hipólito Unanue invita a participar al personal de salud en el proceso de convocatoria para la contratación de personal bajo la modalidad de CAS Excepcional para reducción de (COVID 19). Detalle:

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
MEDICOS ESPECIALISTAS		32	10,700
PROFESIONALES DE LA SALUD NO MEDICOS CIRUJANOS			
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ENFERMERO/A ESPECIALISTA	03	7,300
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ENFERMERO/A	86	5,700
DEPARTAMENTO DE NUTRICION	NUTRICIONISTAS	07	5,700
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRA	OBSTETRAS	03	5,700
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA POR IMAGENES	TECNOLOGOS MEDICOS EN RADIOLOGIA	07	5,700
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA	TECNOLOGO MEDICO EN LABORATORIO	05	5,700
TECNICOS ASISTENCIALES			
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	TECNICO EN ENFERMERIA	104	3,900
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA	TECNICO EN LABORATORIO	08	3,900
	TECNICO ESPECIALIZADO EN BANCO DE SANGRE	02	3,900
DEPARTAMENTO EMED	TECNICO EN PREVENCION DE RIESGO Y DESASTRE	01	3,900
AUXILIARES ASISTENCIALES			
DEPARTAMENTO DE NUTRICION	AUXILIAR EN NUTRICION	20	2,000





2.-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 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)

La documentación solicitada deberá ser remitida por Departamento u Oficina a los siguientes correos electrónicos:

irmavp99@hotmail.com

Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos.

hundptoenfermeria@gmail.com

Dpto. de Enfermería

priscillaaltamirano81@gmail.com

Dpto. de Patología Clínica

rosavargas18@hotmail.com

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

monica_zeballos@hotmail.com

Departamento de Nutrición

dept.radiologia.hnhu@gmail.com

Departamento de Diagnostico por Imagen



Fecha de postulación hasta las: 15:00 horas del 03 al 05 de mayo 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.



III CRONOGRAMA

ETAPAS DEL PROCESO		FECHA Y HORA	AREA RESPONSABLE
CONVOCATORIA			
	Publicación de Convocatoria Y cronograma de concurso en el portal Institucional: http://hnhu.gob.pe/	02 de mayo del 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 03, 04 y 05 de Mayo del 2020 (hasta las 15:00 h)	Area Usuaría
SELECCIÓN			
2	Publicación de resultados de la Evaluación Curricular u Hoja de Vida y Resultado Final	06 de Mayo del 2020 en la página Web Institucional http://hnhu.gob.pe/	Area Usuaría
3	Suscripción del Contrato	06 de mayo de 2020	Unidad de Personal

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"


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



PERÚ

Ministerio de Salud

Secretaría General

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

"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 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	
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					





PERÚ

Ministerio de Salud

Secretaría General

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

"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		N° 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



7/31/FARQE



PERÚ

Ministerio de Salud

Secretaría General

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

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

DATOS LABORALES

Table with 4 columns: Institución / Empresa, Cargo - Actividad desempeñada, Inicio, Término. Under the heading 'Experiencia Laboral'.

Table with 4 columns: Centro de Enseñanza, Curso Dictado, Inicio, Término. Under the heading 'Labores de docencia'.

DECLARACIÓN JURADA DE IMPEDIMENTOS E INCOMPATIBILIDADES

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- Form with 10 rows of checkboxes and text: REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES, REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES, REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES, TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM), ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS), ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO, ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECI), TENER CONDENA POR TERRORISMO, TENER IMPEDIMENTO, INCOMPATIBILIDAD O ESTAR INCURSO EN ALGUNA PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN PARA SER POSTOR O CONTRATISTA, SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD, PERCIBIR SIMULTÁNEAMENTE REMUNERACIÓN, PENSIÓN U HONORARIOS.

LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR

Form with fields for Fecha (Day, Mes, Año) and Firma.

