



CONVOCATORIA CAS N°005-2020-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

DEPARTAMENTO	MÉDICO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
EMERGENCIA Y Cuidado Critico	MEDICO GENERAL	1	9,000

(01)

DEPARTAMENTO	MÉDICOS ESPECIALISTAS	PEAS	HONORARIO MENSUAL
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	MEDICO RADIOLOGO	1	10,700

OTROS PROFESIONALES DE SALUD NO MÉDICOS ()

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA ()

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	ENFERMERO/A	7	5,700

TECNICOS DE ENFERMERIA ()

DEPARTAMENTO		PEAS	HONORARIO MENSUAL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	TÉCNICO DE ENFERMERÍA	3	3,900





DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	TECNOLOGO MEDICO (Terapia Física (Físico Terapia Respiratoria/ Cardio respiratoria)	2	5,700
DAGNOSTICO POR IMÁGENES	TECNOLOGO MEDICO Radiología	2	5,700

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 Usuaría 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, 2 y 3)
- Presentación de DNI A4.





La documentación solicitada deberá ser remitida al correo institucional:

convocatorias@hnhu.gob.pe

Fecha de postulación hasta las: 15:00 horas, 27 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/	25 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	27 de julio de 2020 (hasta las 15:00 h)	Area Usuaría
SELECCIÓN			
2	Evaluación Curricular u Hoja de Vida	29 de julio del 2020 en la página Web Institucional http://hnhu.gob.pe/	Area Usuaría
3	Publicación de resultados de la evaluación curricular y Suscripción del Contrato	30 de julio de 2020	Unidad de Personal



El Agustino, 25 de julio de 2020.



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				Foto actualizada
Ficha Única de Datos				
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"/> SI <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



R/A. FAROE

Av. Salaverry 801

www.gob.pe/minsa



"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:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGISTRAR ANTECEDENTES JUDICIALES	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO, CONFORME AL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES (RNSCC)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS SANCIONADOS POR MALA PRÁCTICA PROFESIONAL (RNAS) (En caso correspondiente)	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN LA RELACIÓN DE PROVEEDORES SANCIONADOS POR EL TRIBUNAL DE CONTRATACIONES DEL ESTADO CON SANCIÓN VIGENTE	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDEREC) Y POR LO TANTO NO CONTAR CON NINGUNO DE LOS IMPEDIMENTOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30353 (LEY QUE CREA EL REDEREC) PARA ACCEDER AL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y CONTRATAR CON EL ESTADO	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TENER CONDENA POR TERRORISMO, APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS, SEÑALADOS EN LA LEY N° 30794	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 M.V.C.S.	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SER CÓNYUGE, CONVIVIENTE O PARIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGÜINIDAD 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	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ORGANOS COLEGIADOS	
SI	NO		
LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER RUBRICADA Y FIRMADA POR EL SERVIDOR			
Fecha	/ /	Firma:	
	Día Mes Año		





MINISTERIO DE
SALUD

HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNÁNUE

UNIDAD DE
PERSONAL

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA HOMBRES Y MUJERES

"Año de la Universalización de la Salud"

CONCURSO CAS - COVID-19 DECLARACIÓN JURADA N° 01

Yo,, identificado con D.N.I.
N°, de ocupación.....
con domicilio en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que en uso de mis facultades y de acuerdo a la Ley N° 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 N° _____



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO URBANE

UNIDAD DE PERSONAL

DECLARACIÓN DE LA VERACIDAD DE LAS CAPACIDADES PARA HOMBRES Y MUJERES

"Año de la Universalización de la Salud"

CONCURSO CAS COVID-19 DECLARACIÓN JURADA N° 02

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





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, artículo 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.



.....
Firma

DNI N° _____