

**CONVOCATORIA CAS N°006-2020-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 y Técnicos Asistenciales, 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 DE SALUD MÉDICO

DEPARTAMENTO	MÉDICO ESPECIALISTA	PEAS	HONORARIO MENSUAL
PEDIATRÍA	MÉDICO PEDIATRA	01	10,700
GINECOOBSTETRICIA	GINECO OBSTETRA	01	10,700
PATOLOGÍA CLÍNICA	PATOLOGO CLÍNICO	01	10,700
DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES	MÉDICO RADIOLOGO	01	10,700

DEPARTAMENTO	MÉDICO GENERAL	PEAS	HONORARIO MENSUAL
NEUMOLOGÍA	MÉDICO GENERAL	02	9,000

OTROS PROFESIONALES DE SALUD NO MÉDICOS

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
ENFERMERIA	ENFERMERO/A ESPECIALISTAS	02	7,300

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
ENFERMERIA	ENFERMERO/A GENERAL	28	5,700

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
GINECO OBSTETRICIA	OBSTETRA	05	5,700





DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
FARMACIA	QUÍMICO FARMACEÚTICO	01	5,700

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	TECNÓLOGO MÉDICO RAYOS X	01	5,700

TÉCNICOS ASISTENCIALES

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
ENFERMERIA	TÉCNICO DE ENFERMERÍA	21	3,900

DEPARTAMENTO	DENOMINACION DEL PUESTO	PEAS	HONORARIO MENSUAL
PATOLOGÍA CLÍNICA	TÉCNICO DE LABORATORIO	01	3,900

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 (1,2 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 Agosto 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/	26 de Agosto de 2020	Unidad de Personal
1	Postulación vía electrónica: Presentación de Curriculum Vitae en digital PDF, al correo institucional.	Del 27 de Agosto de 2020 (hasta las 15:00 h)	Área Usuaría
SELECCIÓN			
2	Evaluación Curricular u Hoja de Vida y Resultado Final	28 y 29 de Agosto del 2020 en la página Web Institucional http://hnhu.gob.pe/	Área Usuaría
3	Publicación de resultados de la evaluación curricular y Suscripción del Contrato.	31 de Agosto de 2020	Unidad de Personal

El Agustino, 26 de Agosto de 2020.





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"

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,.....de..... del 2020.

.....
Firma

DNI N° _____





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° 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..... del 2020.

.....
Firma

DNI N° _____





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° 03

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

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que me encuentro gozando de buena salud y no presenté ningún tipo de enfermedades de acuerdo al DS 083-2020-PCM, COVID-19, asimismo, no estoy en estado de gestación.

En caso de no ser cierto lo declarado, me someto a las leyes y al reglamento correspondiente, de acuerdo a Ley.

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

.....
Firma

DNI N° _____






"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				Teléfono 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"/> Física <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"/> Paseo <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Malecón <input type="checkbox"/> Ovalo <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	
		/ /							
		/ /							
		/ /							
		/ /							
		/ /							





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





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"

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 (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	
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 MIVOS.	
SI	NO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	
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		

