



BASES DEL PROCESO DE CONCURSO ABIERTO PARA CONTRATOS POR REEMPLAZO DE PLAZAS VACANTES D.LEG. N° 276 HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA
Publicación del proceso en el Servicio Nacional del Empleo	Del 04 al 18 de diciembre del 2017
Publicación de convocatoria en el portal web institucional www.hhv.gob.pe	Del 19 al 23 de diciembre del 2017
Recepción de expedientes: De 08:30 a 15:30 Hrs en Mesa de Partes del Hospital Hermilio Valdizán (Carretera Central Km 3.5 Santa Anita)	Del 19 al 23 de diciembre del 2017
Evaluación Curricular.	Del 19 al 23 de diciembre del 2017
Publicación de resultados en la página web del Hospital Hermilio Valdizán, www.hhv.gob.pe a partir de las 18:00 horas	23 de diciembre del 2017
Examen de Conocimientos 09:00 am (Hospital Hermilio Valdizán, Carretera Central Km 3.5 Santa Anita)	26 de diciembre del 2017
Publicación de resultados en la página web del Hospital Hermilio Valdizán, www.hhv.gob.pe a partir de las 18:00 horas	26 de diciembre del 2017
Evaluación Psicológica a partir de las 08:00 horas	27 de diciembre del 2017
Entrevista Personal – Auditorio General del Hospital Hermilio Valdizán, Carretera Central Km 3.5 Santa Anita, a partir de las 09:00 horas	27 de diciembre del 2017
Reclamos - Hasta las 13.00 pm. Lugar Mesa de Partes del Hospital Hermilio Valdizán (Carretera Central Km 3.5 Santa Anita)	28 de diciembre del 2017
Resultados Finales en la página web del Hospital Hermilio Valdizán. www.hhv.gob.pe	29 de diciembre del 2017
Adjudicación de la plaza, presentarse a las 7:30 en la Oficina de Personal del HHV	30 de diciembre del 2017

Documentos a presentar

- Solicitud de Inscripción, según ANEXO N° 04**
- Currículo Vitae** descriptivo, según **ANEXO N° 05**, que acredite el cumplimiento de los requisitos señalados en el Perfil del Puesto. El postulante debe firmar cada página del currículo vitae, el mismo que tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA** para todos los efectos legales.
- Copia legible del DNI vigente.
- Declaración Jurada, según **ANEXO N° 06**
- Adicionalmente:
 - En caso de ser licenciado de las Fuerzas Armadas, debe sustentar con copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente.
 - En caso de ser persona con discapacidad, debe adjuntar el Certificado de Discapacidad emitido por **CONADIS**.

La Oficina de Administración de Recursos Humanos del Hospital Hermilio Valdizán, tiene competencia para realizar la verificación posterior de la autenticidad de los documentos presentados.

Forma de presentación del Expediente del Postulante

El postulante interesado debe presentar su solicitud de inscripción (**ANEXO N° 04**) adjuntando su currículo vitae descriptivo / documentado, en fotocopia simple (**ANEXO N° 05**) y Declaración Jurada (**ANEXO N° 06**) en sobre cerrado, clasificado con separadores o pestañas según los anexos y debidamente foliado, en Mesa de Partes del Hospital Hermilio Valdizán, sito en la Carretera Central Km. 3.5 Santa Anita, en el horario de 08:30 a 3:30 horas los días del 19 y 23 de diciembre de 2017.

El sobre que contiene los documentos solicitados debe ser rotulado de acuerdo al detalle siguiente:

Señor Presidente COMISIÓN DE CONCURSO ABIERTO HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN Presente.-	Referencia: Concurso Abierto N° 001-2017-HHV
.....	
Apellidos y Nombres del postulante (letra de imprenta)	
Postulante del puesto:	
Dirección domiciliaria:N° Distrito	
Teléfono Celular	
Dirección electrónica	
Número de folios del expediente:	



ANEXO N° 04

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Señor Presidente de la “Comisión para el Proceso de Concurso de Plazas vacantes por Contrato a Plazo Fijo por Cese, Renuncia y/o Fallecimiento del Personal del Hospital Hermilio Valdizán, Concurso N° 001-2017-HHV.

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____, con domicilio en _____, distrito de _____, Provincia de _____, departamento de _____

Mediante la presente solicito se me considere para participar en el “Proceso de Concurso de Plazas Vacantes – Abierto, por Cese, Renuncia y/o Fallecimiento del Personal del Hospital Hermilio Valdizán, Concurso N° 001-2017-HHV, para ocupar el puesto de _____, Código _____, convocado por la Institución; para lo cual declaro que cumplo íntegramente con los requisitos básicos establecidos en la publicación correspondiente y que cumplo con adjuntar a la presente la documentación que lo sustenta.

Expreso igualmente, que mi disponibilidad para incorporarme al Hospital Hermilio Valdizán es inmediata.

Santa Anita, de de2017.

Firma
DNI N° _____



ANEXO N° 05 CURRÍCULO VITAE

DATOS PERSONALES

Nombres: Apellidos:

Edad:

Estado Civil:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Departamento:

Provincia:

DNI N°:

Dirección en Lima:

Distrito:

DATOS DE CONTACTO:

Teléfono fijo – Lima:

Teléfono Celular:

E-mail:

FORMACIÓN ACADÉMICA:

A. Estudios Universitarios Nombre de la Universidad:

Año inicio – Año fin:

Nivel académico alcanzado:

N° de folios de sustento:

B. Colegiatura

Diploma de Colegiatura: Certificado de habilidad:

N° de folios de sustento:

C. SERUMS

Resolución:

N° de folios de sustento:

D. Estudios de post-grado académico

Estudios /egresado /maestría /doctorado (uno por cada grado):

Nombre de la institución:

Año inicio – Año fin:

N° de folios de sustento:

E. Cursos y estudios de especialización Curso y/o estudio (uno por cada curso):

Nombre de la institución:

N° de folios de sustento:

F. Conocimientos para el puesto y/o cargo (según lo requerido por el perfil) Curso y/o estudio (uno por cada curso):

Nombre de la institución:

N° de folios de sustento:

G. Cursos y estudios de especialización Curso y/o estudio (uno por cada curso):

Nombre de la institución:

N° de folios de sustento:

EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL

Nombre de la empresa (una por cada institución):

Actividad de la empresa:



Mes – Año de ingreso:

Mes – Año de término:

Referencia:

N° de folios de sustento:

PERSONA CON DISCAPACIDAD **SÍ ()** **NO ()**

En caso que la condición marcada sea SÍ, deberá ser acreditado con el Carnet o documento sustentatorio emitido por el CONADIS – Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad.

PERSONAL LICENCIADO DE LAS FF.AA **SÍ ()** **NO ()**

En caso que la condición marcada sea SÍ, deberá ser acreditado con copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente.

Santa Anita,.....de..... del 2017.



ANEXO N° 06

DECLARACIÓN JURADA

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

N° _____, declaro bajo juramento:

- a) No estar inhabilitado administrativa y/o judicialmente para el ejercicio de la profesión o para contratar con el Estado (de haber sido inhabilitado adjuntar el documento de rehabilitación).
- b) No tener Antecedentes Penales ni Judiciales.
- c) No tener relación de parentesco –hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con alguna autoridad, sea funcionario de confianza o directivo, asesor o servidor del Hospital Hermilio Valdizán, ni con persona laguna que tenga la potestad de participar o influenciar en la toma de decisión administrativa de contratación o de nombramiento de personal, de manera directa o indirecta, aun cuando éstos hayan cesado en sus funciones en los últimos dos años.
- d) No percibir otros ingresos por parte del Estado al momento de suscribir contrato, salvo función docente o dietas por participación en un directorio.
- e) Gozar de buena salud: Acepto pasar por los exámenes correspondientes, los cuales serán condicionantes para la firma del contrato.
- f) Tener disponibilidad inmediata para suscribir e iniciar el contrato en caso de ser seleccionado.
- g) No tener inhabilitación vigente en el Registro Nacional de Sanciones, Destitución y Despido – RNSDD.
- h) No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional.
- i) No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.
- j) Que la información detallada en mi Currículo Vitae, así como los documentos que se incluyen son verdaderos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento del HHV, por lo que firmo la presente declaración, en concordancia a lo establecido en el Artículo 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Santa Anita _____ de _____ de 2017.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI N° _____