



CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

| | ETAPAS DEL PROCESO | CRONOGRAMA |
|--|---|--|
| CONVOCATORIA DE (01) PROFESIONAL TECNÓLOGO MÉDICO, BAJO LA MODALIDAD DE TERCEROS PARA EL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN | | |
| 1 | Publicación de la convocatoria en la página web Institucional. | Del 07 de Agosto del 2018 al 09 de Agosto del 2018 |
| 2 | Presentación de documentos; <ol style="list-style-type: none"> 1. Currículo descriptivo. 2. Formato de Declaración Jurada, según anexo N°01. 3. Formato de Declaración Jurada, según anexo N°2. 4. Documentos sustentatorios, según lo descrito en el perfil del puesto. 5. Lugar de entrega: Oficina de Logística – Secretaría. En el horario de: 08:30am Hasta las 03:00pm. | Del 07 de Agosto del 2018 al 09 de Agosto del 2018 |
| SELECCIÓN | | |
| 3 | Evaluación Curricular Cumplimiento de Requisitos y publicación de resultados. | 10/08/2018 |
| 4 | Entrevista Personal y Resultados Publicados | 13/08/2018 |
| 5 | Adjudicación | 14/08/2018 |

NOTA: EL PERIODO DE CONTRATACIÓN SE REALIZA DE ACUERDO A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL



MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizan"

C.D. Paul Paz Alcázar Medina
Director Ejecutivo de Administración
08/08/2018 RNE 1112

07 ABO. 2018

www.hhv.gob.pe

Carretera Central Km. 3.5
Santa Anita. Lima 35, Perú
T (511) 3516174 ó 4942410
Anexo 248

TERMINOS DE LA REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE
TECNOLOGO MEDICO EN RADIOLOGIA
SERVICIO POR TERCEROS

DENOMINACION DEL SERVICIO

Toma de placas de Rayos X.

USUARIO

Servicio al Diagnóstico – Radiología

OBJETIVO

Procesamiento y participación en la mejora de los procesos relacionados a la eficiente toma de exámenes radiológicos, obtención y redacción de resultados en el servicio.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR.

- a.- Ejecutar la toma e impresión de placas radiográficas, verificando las características de calidad y registro, y que cuenten con las órdenes respectivas.
- b.- Atender con prioridad los exámenes requeridos de los servicios de emergencia, sala de observación, hospitalización, consulta externa, etc.
- c.- Verificar la calidad y estado de conservación de las placas y demás insumos.
- d.- Elaborar y presentar oportunamente los informes o documentos solicitados por el Jefe inmediato.
- e.- Verificar los instrumentos, equipos y muebles del ambiente donde desarrolla sus actividades informando oportunamente acerca de irregularidades de los mismos.
- f.- Cumplir con puntualidad, eficiencia y responsabilidad las actividades programadas en el rol de trabajo del servicio.
- g.- Mantener buenas relaciones interpersonales con el equipo de salud.
- h.- Velar por la seguridad y mantenimiento de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores, responsabilizándose por mantenerlos operativos.
- i.- Ingresar y/o registrar en la computadora asignada por la institución los datos e información necesaria para la correcta explotación de los aplicativos informáticos de su ámbito, guardando estricta confidencialidad de las claves de acceso y niveles de acceso que se le hayan autorizado
- j.- Otras funciones que se le asigne en el Departamento de Apoyo Al Diagnóstico (Área del Electroencefalograma ,Electrocardiograma y Servicio de Laboratorio , etc).

REQUISITOS MINIMOS

Formación académica, grado académico y/o nivel de estudios.

Título Universitario de Tecnólogo Médico en Radiología.

Resolución SERUMS (concluido)

Licencia IPEN vigente

Certificación de Habilidad Laboral, Vigente

Registro Nacional de Proveedores

Experiencia

Mínima 01 (año) de experiencia posterior al SERUMS.

Cursos y/o estudios de especialización.

MICROSOFT OFFICE.

Capacidades, Habilidades y Actitudes

Capacidad de análisis, expresión, redacción, síntesis, coordinación y organización.

Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión

Capacidad de innovación y aprendizaje

Actitud crítica y propositiva.

Actitud proactiva y con orientación a resultados.

Actitud de atención y servicio al usuario interno y externo.

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución del presente servicio comprenderá el de

Mes de Julio y Agosto 2018 (renovable)

HORARIO DE TRABAJO

Lunes a Sábado (Turno mañana)

MONTO ESTIMADO DEL SERVICIO.

S/ 2,500 con 00/100 Mensuales.

SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La supervisión y conformidad del servicio será otorgada por la Jefatura del Servicio al Diagnóstico y, por el Departamento de Apoyo al Diagnóstico.

Para publicar en la web del Hospital Hermilio Valdizan.

Enviar curriculum a los siguientes correos (todo el mes de Julio):

mcordova @ hhv. gob.pe

kalmendras @ hhv- gob.pe

Atentamente

anabella

archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

Dr. Kelly Almendras Jaramillo
Jefe del Departamento de Apoyo Al Diagnóstico
CNP 20687 RNE 16085



DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe,
identificado con D.N.I. N° R.U.C. N°
y con domicilio real en
estado civil, natural del distrito de
Provincia de....., Departamento de.....

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. No tener impedimento de contratar con el Estado, conforme al Artículo 11° de la Ley de Contrataciones del Estado (de haber sido, deberá adjuntar su rehabilitación);
2. No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi colegio profesional, si fuera el caso;
3. No estar incurso en caso de nepotismo;
4. Gozar de buena salud física y mental;
5. No tener antecedentes policiales, judiciales y penales;
6. No tener sanción en el Registro Nacional de Proveedores;
7. Ser responsable de la veracidad de la información detallada en mi Currículum Vitae, así como los documentos que incluyo;
8. No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD del SERVIR.
9. No percibir ingresos como servidor o funcionario del Estado en esta u otra Entidad.

Asumo la responsabilidad civil y /o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente Declaración Jurada.

| | |
|--------------------|--|
| DNI | |
| TELÉFONO | |
| CORREO ELECTRÓNICO | |

Santa Anita,..... de..... de 2018.

.....
Firma



DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO – Ley N° 26771

D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM

Yo,.....
.identificado con D.N.I. N° al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

No tener en la Institución, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad o por razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Hospital Hermilio Valdizán.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por D.S.N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que en el Hospital “Hermilio Valdizán”, laboran las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien (es) me une la relación o vínculo de afinidad (A) o consanguinidad (C), vínculo matrimonial (M) o unión de hecho (UH), señalados a continuación.

Relación Apellidos, Nombres, Área de Trabajo

| Relación | Apellidos | Nombres | Área de Trabajo |
|----------|-----------|---------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Manifiesto, que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 438° del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Santa Anita,..... de..... de 2018.

.....
Firma