



## CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA
<b>CONVOCATORIA DE 01 PERSONAL AUXILIAR EN NUTRICION Y DIETÉTICA PARA EL SERVICIO DE NUTRICION DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN</b>		
1	Publicación de la convocatoria en la página web Institucional.	Del 28 de Agosto del 2018 al 31 de Agosto del 2018
2	<b>Presentación de documentos;</b> 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.  Correos: <a href="mailto:hmarcelo@hhv.gob.pe">hmarcelo@hhv.gob.pe</a> <a href="mailto:Marvi1963@hotmail.com">Marvi1963@hotmail.com</a>	Del 28 de Agosto del 2018 al 31 de Agosto del 2018
<b>SELECCIÓN</b>		
3	<b>Evaluación Curricular</b> Cumplimiento de Requisitos y publicación de resultados.	03/09/2018
4	Entrevista Personal y Resultados Publicados	04/09/2018
5	Adjudicación	05/09/2018



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital "Hermilio Valdizan"

C.E.B. - Paul Paz Jordan Medina  
Director Ejecutivo de Administración  
COP 2713 RNE 1112

## TERMINOS DE REFERENCIA

### OBJETIVO DEL SERVICIO

El Servicio de Nutrición y Dietética solicita la Contratación de una persona natural que preste servicios, realizando las actividades siguientes:

- Apoyo en atención e reuniones de coordinaciones, desayuno y almuerzo en la Dirección General.
- Apoyo en las preparaciones preliminares del menú general
- Preparación del arroz y el refresco en forma rotativa con el personal de turno.
- Apoyo en la distribución de las raciones para cada pabellón.
- Apoyo en preparaciones de dietas específicas.
- Limpieza e higiene de menajes, vajillas, utensilios y equipos de la zona de repostería de cada pabellón.
- Apoyo en la atención de refrigerios especiales para pacientes y personal.
- Otras funciones asignadas por el jefe inmediato.

### REQUISITOS:

Mínimo exigible: Auxiliar de Nutrición  
Experiencia En funciones similares, no menor de 06 meses  
Capacidades En manipulación de alimentos

### PRODUCTO A ENTREGAR: Según turno

Pacientes:

- 260 raciones diarias-desayuno
- 260 raciones diarias-almuerzo
- 260 raciones diarias –comida.

Personal:

- 45 raciones diarias aprox. Refrigerios

### PLAZO DE EJECUCIÓN:

MESES 09 meses del 01 de setiembre al 31 de diciembre de 2018

### VALOR REFERENCIAL Y FORMA DE PAGO

-S/. 1,200.00 (Un mil doscientos nuevos soles cada mes).





### 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