



CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA
CONVOCATORIA DE (01) TÉCNICO EN ENFERMERÍA TITULADO, BAJO LA MODALIDAD DE TERCEROS PARA EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN		
1	Publicación de la convocatoria en la página web Institucional.	Del 16 de Octubre del 2018 al 18 de Octubre 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 16 de Octubre del 2018 al 18 de Octubre del 2018
SELECCIÓN		
3	Evaluación Curricular Cumplimiento de Requisitos y publicación de resultados.	19/10/2018
4	Entrevista Personal y Resultados Publicados	22/10/2018
5	Adjudicación	23/10/2018





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Hermilio Valdizón
Departamento de Enfermería

AÑO DEL DIALOGO Y LA
RECONCILIACION NACIONAL"

TERMINO DE REFERENCIA

I. DENOMINACION DEL SERVICIO:

Técnica (o) Enfermería

II. USUARIO:

Departamento de Enfermería

III. OBJETO:

Contrato los Servicios de Técnico de Enfermería bajo la modalidad de Terceros
Cubrir la necesidad del servicio por falta de dotación de personal.

IV. REQUISITOS:

Título de Técnico de Enfermería a nombre de la Nación
Certificado de Estudios como Técnico de Enfermería.

V. PRODUCTO A ENTREGAR:

Intervención del Técnico de Enfermería en atención de pacientes hospitalizados.

- Brindar atención básica de enfermería
- Brindar seguridad, higiene y confort a los pacientes hospitalizados
- Satisfacer necesidades fisiológicas de los pacientes según grado de dependencia.
- Toma de control de funciones vitales (temperatura, peso, talla y otros que indique la enfermera)
- Colabora en la administración de las terapéuticas a los pacientes sea oral y/o parenteral
- Registro de reportes y otros cuadernos de control y cargos del Servicio.

VI. PLAZO DE EJECUCION:

DEL 1º DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018.

VII. MONTO ESTIMADO:

La suma de UN MIL SEISCIENTOS CON 00/100 SOLES (\$/.1,600.00 mensual)

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
[Firma]
REGISTRADO
E.O.P. 20027



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