



## CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

	ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA
<b>CONVOCATORIA PARA CONTRATO DE (01) PROFESIONAL MEDICO AUDITOR BAJO LA MODALIDAD DE TERCEROS PARA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS (SIS) DEL HOSPITAL HERMILIO VALIDIZÁN.</b>		
1	Publicación de la convocatoria en la página web Institucional.	Del 11 de Octubre del 2018 al 15 de Octubre del 2018
2	<b>Presentación de documentos;</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Currículo descriptivo.</li> <li>2. Formato de Declaración Jurada, según anexo N°01.</li> <li>3. Formato de Declaración Jurada, según anexo N°2.</li> <li>4. Documentos sustentatorios, según lo descrito en el perfil del puesto.</li> <li>5. Lugar de entrega: Oficina de Logística – Secretaría. En el horario de: 08:30am Hasta las 03:00pm.</li> </ol>	Del 11 de Octubre del 2018 al 15 de Octubre del 2018
<b>SELECCIÓN</b>		
3	<b>Evaluación Curricular</b> Cumplimiento de Requisitos y publicación de resultados.	17/10/2018
4	Entrevista Personal y Resultados Publicados	18/10/2018
5	Adjudicación	19/10/2018



## TÉRMINOS DE REFERENCIA

### 1. DENOMINACIÓN DEL SERVICIO:

Servicio de médico auditor para los expedientes de prestaciones SIS.

### 2. USUARIO:

Unidad Funcional de Seguros del Hospital Hermilio Valdizán.

### 3. OBJETIVO DEL SERVICIO:

La contratación del servicio de médico auditor para los expedientes de prestaciones SIS para la Unidad Funcional de Seguros.

### 4. PRODUCTO A ENTREGAR:

- Evaluación de cobertura de pacientes beneficiarios de Seguros Públicos (SIS).
- Auditoría médica de los expedientes de prestaciones SIS (formatos únicos de atención, historias clínicas de y otros de corresponder).
- Evaluación y elaboración de expedientes para la solicitud de autorización y reembolso de gastos.
- Orientación al público en relación a los procesos de Atención y cobertura.
- Auditoría médica concurrente en el área asistencial asignada.
- Evaluación y elaboración de Expedientes No Tarifados, Reconsideración de prestaciones, otros que correspondan.
- Participación en equipos de trabajo y comités de auditoría médica.
- Elaboración de informe de auditoría en referencia a la atención brindada a los pacientes.
- Otras funciones que la Coordinación de la Unidad asigne.

### 5. REQUISITOS MÍNIMOS:

#### Experiencia

- Acreditar experiencia laboral de tres (03) años en Seguro Integral de Salud.
- Acreditar experiencia laboral en auditoría médica.

#### Capacidades, habilidades y actitudes

- Capacidad de análisis, expresión, redacción, síntesis, coordinación y organización.
- Capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.
- Capacidad para la innovación y aprendizaje.
- Actitud proactiva y con orientación a resultados.



- Actitud de atención y servicio al usuario interno y externo.

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

- Título Universitario de la carrera de medicina humana
- Colegiado y con constancia de habilidad médica vigente
- Resolución de término de SERUMS

**Cursos y/o estudios de especialización**

- Diplomado de auditoria médica y RNA vigente

**Conocimientos para el puesto y/o cargo:**

- Conocimientos en Auditoria en Seguros Públicos y/o Privados. (deseable)
- Acreditar conocimientos de computación y ofimática. (deseables)

**6. PLAZO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO:**

El plazo de la ejecución del presente servicio comprenderá el periodo hasta diciembre del 2018. (Renovable)

**7. MONTO ESTIMADO DEL SERVICIO:**

S/. 5 000.00 (Cinco mil con 00/100 soles) soles mensuales.

**8. SUPERVISIÓN Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO:**

La supervisión y conformidad del servicio será otorgada por la jefatura de la Unidad Funcional de Seguros.





### 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