



CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

	ETAPAS DEL PROCESO	CRONOGRAMA
CONVOCATORIA DE PROFESIONAL AUDITOR BAJO LA MODALIDAD DE TERCEROS PARA LA OFICINA DE OCI DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN		
1	Publicación de la convocatoria en la página web Institucional.	Del 26 de Abril del 2018 al 30 de Abril del 2018
2	Presentación de documentos; 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 26 de Abril del 2018 al 30 de Abril del 2018
SELECCIÓN		
3	Evaluación Curricular Cumplimiento de Requisitos y publicación de resultados.	02/05/2018
4	Entrevista Personal y Resultados Publicados	03/05/2018
5	Adjudicación	04/05/2018

NOTA:
EL PERSONAL A CONTRATAR, SERÁ POR UN PERIODO DE 02 MESES



TÉRMINOS DE REFERENCIA

1. USUARIO

Órgano de Control Institucional – OCI del Hospital Hermilio Valdizán.

2. OBJETIVO DEL SERVICIO

Este OCI solicita la contratación por terceros de un profesional de las carreras de contabilidad, economía, administración, derecho, ingeniería y a fines, para la ejecución de los Servicios de Control programados en el Plan Anual de Control de 2018 en los meses de mayo y junio.

3. REQUISITOS

PERFIL:

- Contador, Administrador, Economista, Ingeniero, Abogado y a fines, colegiado y habilitado.
- Experiencia mínima de 2 años en la profesión.
- Experiencia mínima 6 meses en la administración pública.
- Experiencia mínima 6 meses en el Sistema Nacional de Control.
- De preferencia capacitaciones en control gubernamental.

4. ACTIVIDADES A REALIZAR Y PRODUCTOS A ENTREGAR

- Efectuar los servicios de control conforme al Plan Anual 2018 aprobado.
- Elaborar, ordenar, referenciar y foliar los papeles de trabajo de las auditorías de cumplimiento realizadas por el OCI.
- Desarrollar las labores asignadas y de aplicación en el marco de las directrices emitidas por la Contraloría.
- Otras labores asignadas por el jefe del OCI.

5. PLAZO DE EJECUCIÓN

El servicio se efectuará en el plazo de dos (2) meses.

6. MONTO ESTIMADO DEL SERVICIO

S/. 3,800.00 (Tres mil ochocientos soles) mensuales, previa conformidad del servicio de parte de la jefatura del OCI del HHV.

Jefatura del OCI del Hospital Hermilio Valdizán.





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 Curriculum 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