



CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

| ETAPAS DEL PROCESO | | CRONOGRAMA |
|--|---|--|
| CONVOCATORIA DE (1) PERSONAL PARA APOYO ADMINISTRATIVO, BAJO LA MODALIDAD DE TERCEROS PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL HERMILO VALDIZÁN | | |
| 1 | Publicación de la convocatoria en la página web Institucional. | Del 21 de Mayo del 2018 al 23 de Mayo 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 21 de Mayo del 2018 al 23 de Mayo del 2018 |
| SELECCIÓN | | |
| 3 | Evaluación Curricular Cumplimiento de Requisitos y publicación de resultados. | 24/05/2018 |
| 4 | Entrevista Personal y Resultados Publicados | 25/05/2018 |
| 5 | Adjudicación | 01/06/2018 |





PERÚ

Ministerio Hospital Hermilio Valdizán
de Salud DIRECCION GENERAL

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

TERMINOS DE REFERENCIA

1. OBJETIVO DEL SERVICIO:

Dirección General, solicita contratación por terceros de un Personal para el Área de Trámite Documentario, para dar trámite a los documentos que ingresen y salgan de nuestra Institución; así como los documentos internos.

2. REQUISITOS MINIMOS:

- Estudios en Carrera Técnica y/o Universitaria – Administración o afines.

Conocimiento:

- computación (Word, Excell y Power Point) nivel básico.

3. FORMA DE PAGO:

A la entrega del servicio y/o avance del trabajo de acuerdo a lo programado.

4. PRODUCTO A ENTREGAR:

- Recepcionar, registrar y derivar documentación que ingrese a trámite documentario
- Organizar, conservar, depurar y custodiar el archivo que corresponde a Trámite Documentario
- Brindar asesoramiento y absolver consultas en asuntos de su competencia.
- Adecuar y difundir las normas de Trámite Documentario
- Otras que se le asigne o encargue.

5. MONTO DE LA CONTRATACION: S/. 1,300.00 Soles, mensuales.

6. PERIODO: Por tres meses a partir del 17 de mayo 2018

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

M.C. Gloria Liz Cueva Vergara
Directora General (e)
CMP 2149 RNE 12799



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