



CRONOGRAMA Y ETAPAS DEL PROCESO

ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA
CONVOCATORIA PARA CONTRATO DE (01) PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO PARA LA OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA		
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



TERMINOS DE REFERENCIA

OBJETO DEL SERVICIO

La Oficina de Estadística e informática Solicita la contratación por tercero de una persona natural que preste servicios de **APOYO ADMINISTRATIVO para el soporte Informático de la Página Web del Hospital**, para realizar las siguientes actividades específicas:

- Actualización, Monitoreo y coordinación sobre información publicado en el portal Institucional.
- Soporte en el Diseño gráfico de diferentes archivos y formatos alojados en la Página Web del Hospital.
- Apoyo en el Soporte Informático a TeleSalud.
- Registro y atención de los Servicios Informáticos que solicitan.
- Otros que indique el jefe Inmediato.

REQUISITOS

Estudios:

Estudios Universitarios en ingeniería de Software no menor a 6 ciclos culminados.

Cursos en Diseño de página Web

Experiencia

. 01 AÑO en el Sector Público.

PLAZO DE EJECUCION

Periodo: (JUNIO, JULIO 2018)

Deberá cumplir con las actividades descritas párrafos anteriores.

VALOR REFERENCIAL Y FORMA DE PAGO

Monto: s/.1,7000.00 (MIL SETECIENTOS con 00/100 Nuevos soles), mensuales, los cuales serán pagados a EL LOCADOR, previa conformidad de Servicio.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
Oficina de Estadística e Informática
Lic. VICTOR GARCIA FLORES
JEFATURA





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