

**CONTRATACIÓN DE PROFESIONAL PARA BRINDAR EL SERVICIO
ESPECIALIZADO DE ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA PARA EL PLAN DE
VACUNACIÓN CONTRA VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH) EN NIÑAS NO
VACUNADAS POR PANDEMIA – 2022**

ENFERMERA(O)

1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE

Dirección Ejecutiva de salud de las Personas - Inmunizaciones de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa

2. JUSTIFICACIÓN DEL REQUERIMIENTO

La pandemia ocasionada por el SAR SCOV-II, ha traído consigo una disminución de las coberturas de vacunación debido a las medidas implementadas por el gobierno a consecuencia del brote, disponiéndose el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectaban la vida de la población, (el confinamiento obligatorio se inició el 15 de marzo 2020 y entre otras medidas se dispuso también el cierre de las Instituciones Educativas).

Esto afectó la vacunación que se aplica a las niñas contra el virus de papiloma humano (VPH) causante del cáncer cérvico uterino, causante de los 72,000 casos que se presentan anualmente, dejando una brecha acumulada de niñas no vacunadas de los años 2020, 2021 y 2022, que es urgente identificarlas para vacunarlas y protegerlas contra esta enfermedad.

La Dirección de Prevención y Control del Cáncer y la Dirección de Inmunizaciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud han formulado un Plan de Vacunación para recuperar a las niñas no vacunadas y evitar que enfermen de cáncer de cuello uterino.

La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas con la coordinación de las Intervenciones Estratégicas de Prevención y Control del Cáncer e Inmunizaciones de la GERESA Arequipa, en cumplimiento de las disposiciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA, requiere contar con los servicios de personal de salud que desarrollará acciones como vacunador de la vacunación de niñas y niños contra VPH.

Al respecto, mediante la presente contratación no se busca contratar personal a través de la modalidad de locación de servicios para cubrir puestos o funciones de carácter permanente, no existiendo subordinación, dependencia, ni vínculo laboral alguno con el CONTRATISTA, no generando derecho laboral alguno para quien lo presta. Asimismo, la presente contratación es de carácter urgente y temporal, por un periodo de 30 días; ello sustentado en la necesidad de contar con los servicios.

3. FINALIDAD PÚBLICA

Reducir el riesgo de vida y de salud de las niñas a través de la vacunación para la disminución de los casos de cáncer cérvico uterino

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

La Dirección Prevención y Control del Cáncer requiere contratar a un profesional en enfermería para brindar el servicio especializado en salud pública, para el plan de vacunación contra virus de papiloma humano (VPH) en niñas y niños no vacunados

5. ACTIVIDAD RELACIONADA

CATEGORIA PRESUPUESTAL	0024 PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER
META SIAF	0148
ACTIVIDAD /PROYECTO	MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER.
ESPECIFICA DE GASTO	ITEM DEL INSUMO SEGÚN MÓDULO DE GESTIÓN DEL PROYECTO.
2.3.29.11	SERVICIO ESPECIALIZADO EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

6. ACTIVIDADES A REALIZAR

Participar en las actividades de vacunación:

- 
- Vacunación Institucional en los servicios de salud, en instituciones educativas y casa por casa.
 - Ampliación de los horarios de atención de los servicios de vacunación en los establecimientos de salud de mayor demanda.
 - En puntos de vacunación en fechas estratégicas en lugares públicos accesibles, como estadios, plazas, mercados, iglesias, Instituciones Educativas, etc.
 - En, vacunación a domicilio, Brigadas móviles, Barridos locales y otros que concentre población a vacunar.
 - Otras actividades asignadas por la estrategia.

7. ENTREGABLE

- Para la ejecución del servicio, el contratista deberá contar con el seguro complementario de trabajo de riesgo – SCTR vigente una vez adjudicada la plaza.
- El servicio realizado será presentado en un único entregables en treinta días veinte (30) días, de acuerdo con el siguiente cuadro:

ENTREGABLE	PLAZO
UNICO ENTREGABLE	Hasta los treinta (30) días calendarios a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio: 01 informe que contenga: reporte de las 500 niñas vacunadas por dosis y edad en Región Arequipa, en un único entregable.

8. PERFIL MÍNIMO REQUERIDO

- Licenciada en enfermería. - SERUMS.
- Contar como mínimo con un (01) año de experiencia general en el sector público y/o privado (incluye SERUMS).
- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente.
- Habilidad profesional vigente.
- Toda documentación requerida será foliado de atrás hacia adelante y una vez adjudicada la plaza deberán traer documentos originales para la adjudicación o de lo contrario no podrán adjudicar la plaza.
- Se descalificará aquel expediente que no presente algún documento/ anexos solicitados.
- Declaración jurada para compra y/o servicios menores a 8 UITs.
- Declaración jurada de no estar inscrito en el registro de deudores alimentarios morosos- REDAM

9. LUGAR DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

El CONTRATISTA deberá prestar sus servicios en el ámbito regional o según necesidad de servicio que requiera la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la GERESA Arequipa.

10. PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

El plazo de la prestación será hasta un máximo de treinta días (30) días calendario, contabilizados a partir del día siguiente de notificada la orden de servicio.

11. CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN

La conformidad de la prestación, será emitida en un plazo no mayor de siete (7) días calendario y suscrita, previo reporte HIS, sello y visto bueno de la coordinadora de inmunizaciones de la GERESA AREQUIPA; de existir observaciones, será notificado al CONTRATISTA, estableciendo un plazo para que subsane, el cual no podrá ser menor de dos (2) ni, mayor de ocho (8) días calendario, dependiendo de la complejidad.

12. FORMA DE PAGO

La Gerencia Regional de Salud, pagará las contraprestaciones pactadas a favor del CONTRATISTA dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad del servicio por la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de Intervenciones Estratégicas de Inmunizaciones; siempre y cuando se verifiquen las condiciones establecidas en el presente término de referencia, bajo responsabilidad de los funcionarios competentes.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el CONTRATISTA, se deberá contar como mínimo con la siguiente documentación:

- Conformidad de Servicio.
- Comprobante de pago (Recibo por Honorarios).

El pago se realizará de la siguiente manera:

NIVEL ALCANCE	MONTO A PAGAR	PLAZO DE REALIZACION
PAGO UNICO	S/. 4,000.00	Hasta los 30 días calendario, el cual empieza a regir a partir del día siguiente de notificada la orden del servicio.
TOTAL	S/. 4,000.00	Duración total del Servicio hasta los 30 días calendario.

13. PENALIDADES

El CONTRATISTA deberá presentar en un plazo no mayor a un día hábil de la fecha indicada, los documentos presentados en el punto 14, la penalidad será aplicada a cada día de retraso a un 5% de la UIT.

Por incumplimiento de la entrega del producto establecido en el presente TDR (por retiro anticipado) la penalidad se aplicará por cada día perdido a un 5% de la UIT

14. RESOLUCIÓN DE CONTRATO Y/U ORDEN

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, procederá a resolver el contrato y/u orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164 y 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Son causales de resolución de contrato el incumplimiento de la presentación de la Declaración Jurada de Intereses de conformidad con lo establecido por el artículo 7 del Reglamento de la Ley N° 31227, Ley que transfiere a la Contraloría General de la República la competencia para recibir y ejercer el Control, Fiscalización y Sanción respecto a la Declaración Jurada de Intereses de Autoridades, Servidores y Candidatos a Cargos Públicos.

15. GASTOS POR DESPLAZAMIENTO

En los casos en que sea necesario para el cumplimiento de sus funciones, el traslado de El CONTRATISTA en el ámbito regional, los gastos inherentes a estas actividades (pasajes, movilidad, hospedaje, viáticos), correrán por cuenta del mismo.

16. DERECHOS DE PROPIEDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Las obras, creaciones intelectuales, científicas, entre otros, que se hayan realizado en el cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, son de propiedad de

En cualquier caso, los derechos de autor y demás derechos de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente requerimiento son cedidos a LA ENTIDAD en forma exclusiva.

El CONTRATISTA no podrá divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros, dentro o fuera de la Gerencia Regional de Salud, salvo autorización expresa de LA ENTIDAD, la información proporcionada por ésta para la prestación del servicio y, en general, toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir con ocasión del servicio que presta, durante y después de concluida la vigencia de la presente Orden de Servicio.

Asimismo, el contratista deberá mantener en forma reservada toda la información suministrada por LA ENTIDAD y al término de cada encargo, el CONTRATISTA devolverá todos los documentos que le hubiesen sido entregados por LA ENTIDAD. En caso contrario, será sujeto de la denuncia en el colegio correspondiente y/o ante la instancia judicial respectiva.

17. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

18. ANTICORRUPCIÓN:

El CONTRATISTA se compromete a no ofrecer, negociar o efectuar cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato de manera directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

El CONTRATISTA está obligado a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

EL CONTRATISTA se compromete a:

Comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento.

Adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

19. BASE LEGAL

La presente contratación se encuentra regulada por el Código Civil vigente (Artículo 1764 al 1770-Decreto Legislativo 295), no existiendo subordinación, dependencia, ni vínculo laboral con el CONTRATISTA, el mismo que no desarrolla actividades de carácter permanente, no generando derecho laboral alguno para quien lo presta.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS


Enfermera E. Giovanna Valdivia Marique
COORDINADORA REGIONAL
CEP 15836

Responsable Área Usaria



**"DECENIO DE LA DESIGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRE"
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y DESARROLLO"**



SOLICITO: PARTICIPAR EN EL PROCESO N° DE SELECCIÓN DE SERVICIOS POR TERCEROS
PARA CIERRE DE BRECHAS DE VACUNACION VPH.

CARGO DE:

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA CONTRATO DE SERVICIOS DE
TERCEROS, PARA EL CIERRE DE BRECHAS EN LA VACUNACION VPH DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD
AREQUIPA.

Yo,
identificado con DNI N° y domiciliado en
....., ante Ud, con el debido me
presento y expongo lo siguiente:

Que, habiéndose publicado en la página web de la Gerencia Regional de Salud Arequipa y cumpliendo con
los requisitos exigidos en las bases publicadas y deseando participar en PROCESO DE SELECCIÓN PARA
CONTRATODE SERVICIOS DE TERCEROS PARA BRIGADAS DE VACUNACION VPH DE LA GERENCIA REGIONAL
DE SALUD AREQUIPA, para el **CARGO DE:**
por lo que solicito se me considere a participar en el presente proceso de selección de personal,
convocado por la GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA-UNIDAD EJECUTORA 400 SALUD AREQUIPA,
para dicho efecto se adjunta:

- Solicitud.
- Anexos.

Arequipa, de del 2023,

Firma.....

Nombres y Apellidos

DNI N°

**DECLARACIONES JURADAS PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DE
TERCEROS**

ANEXO 01

**DECLARACION JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS
AL ESTADO, INHABILITACIÓN ADMINISTRATIVA NI JUDICIAL VIGENTE CON EL ESTADO
E IMPEDIMENTO PARA SER POSTOR.**

Señores

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA - GERESA

Presente -

De nuestra consideración:

Por el presente documento, Yo,

Identificado con DNI N° _____ con domicilio en,

Al amparo de lo dispuesto por los Artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, DECLARO BAJO JURAMENTO de no tener:

1. Inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD.¹
2. Inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
3. Impedimento para ser postor o contratista, expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
4. Inhabilitación o sanción del colegio profesional, de ser el caso.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previstos en el presente documento, acepto la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Asimismo, 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 411° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por Ley.

Arequipa, de del 202__.

.....
FIRMA

DNI N°

¹ La normativa aplicable al RNSDD es la Ley N° 30057 – Ley del Servicio Civil, su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 040-2014-PCM y la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 233-2014-SERVIR-PE que aprueba la Directiva N° 001-2014-SERVIR/GDSRH, "Lineamientos para la Administración, Funcionamiento, Procedimiento de Inscripción y Consulta del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido". En el acápite 5.7.1 de la citada Directiva se establece que en todo proceso de incorporación de una persona natural a la Administración Pública, independientemente del régimen o modalidad de contratación, la autoridad a cargo de tales procesos, previamente a la incorporación deberá constatar que no se encuentre inhabilitado para ejercer la función pública conforme al contenido del Registro, por lo que aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de incorporación, no pudiendo ser nombrados, designados o contratados bajo ningún régimen o modalidad de contratación. En caso se compruebe que una persona incorporada a una entidad pública tuviese la condición de inhabilitado o hubiese devenido en inhabilitado, la entidad deberá dar por terminada automáticamente la vinculación.

² Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. El postulante será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.

ANEXO 02

DECLARACION JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Apellidos: _____ Nombres: _____
Documento de Identidad: _____ Dependencia: _____
Domicilio: _____
Provincia/Departamento: _____ Fecha de declaración: _____
Vínculo con la entidad: Nombrado () Designado () Contratado ()

Declaro que al momento de suscribir el presente documento:

1. Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales:
 - a) Ley No. 26771, publicado el 15.04.97, que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en casos de parentesco.
 - b) Decreto Supremo No. 021-2000-PCM, publicado el 30.07.00, que aprueba el Reglamento de la Ley No. 26771.
 - c) Decreto Supremo No. 017-2002-PCM, publicado el 08.03.02, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771.
 - d) Decreto Supremo No. 034-2005-PCM, publicado el 07.05.05, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771 y dispone el otorgamiento de la Declaración Jurada para prevenir casos de nepotismo.
2. En consecuencia, DECLARO BAJO JURAMENTO que NO (indicar SI o NO) tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal, con trabajador(es) del Ministerio de Salud.
3. No encontrarme impedido para participar en las contrataciones públicas, conforme a lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 30225 – Ley de Contrataciones del Estado, modificado mediante Decreto Legislativo N° 1341.
4. En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une el vínculo antes indicado es(son):

**APELLIDOS Y NOMBRES
PARENTESCO**

DEPENDENCIA

- a).....
b).....
c).....

La presente Declaración Jurada se formula en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4-A del Reglamento de la Ley No 26771, incorporado mediante Decreto Supremo No. 034-2005-PCM.

Arequipa, de del 202__.

.....
FIRMA DEL DECLARANTE

ANEXO 03

DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO

El que suscribe identificado con DNI N°
RUC N° y con domicilio real en
Estado civil natural del Distrito de Provincia de
Departamento de que, al amparo por el Artículo 41° de la Ley N°
27444 -Ley del Procedimiento Administrativo General y en aplicación del principio de la
Presunción de Veracidad.

DECLARO BAJO JURAMENTO y responsabilidad que:

1. No tener vínculo laboral o prestar servicios bajo cualquier modalidad con otra Institución Pública o dependencia del MINSA.
2. No estar comprendido dentro de los impedimentos de la Ley 28175, es decir, no recibir otra remuneración, retribución, emolumento o cualquier otro tipo de ingreso de Institución Pública.
3. No percibo ingresos, según lo dispuesto en el Art. 7 del Decreto de Urgencia N° 020-2006
4. No tener impedimento administrativo para ser contratado por Locación de Servicios en entidades públicas (Inhabilitado)
5. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.

La presente Declaración Jurada 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 los artículos 411° y 438° del Código Penal, que establece: (...) será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando la presunción de veracidad y para aquellos que cometen falsedad, simulando o alterando la verdad.

En fe de lo antes señalado, suscribo la presente declaración jurada.

Arequipa, de del 202

.....
Firma

ANEXO 04

**DECLARACIÓN JURADA
(ART. 31º DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)**

Señores

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA - GERESA

Presente. -

De nuestra consideración:

El que suscribe, identificado con DNI N°

y RUC N° , domiciliado en :

declaro bajo juramento:

- 1.- No tengo impedimento para participar en el procedimiento de contratación ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11º de la Ley de Contrataciones del Estado.
- 2.- Conozco, acepto y me someto a los Términos de Referencia, condiciones y procedimientos de la presente contratación.
- 3.- No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- 4.- Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para efectos de la presente contratación.
- 5.- Conozco las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Arequipa, de del 202

.....
Firma

Nombre y Apellido:

DNI:

ANEXO 05

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

EL (LA) SUSCRITO (A): _____

CARGO:

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE INMUNIZACIONES

RELACION CON EL MINSA: LOCADOR

En virtud del cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 074-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 227-MINSA/2017/OGTI correspondiente a la "Organización del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud", de la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, implemento en la Institución, acepto y reconozco que por motivo de mi condición laboral y contractual con el MINSA y por el trabajo y las funciones que realizo para esta Institución tengo acceso a tecnología, documentos, datos, especificaciones, métodos, procesos y en general información CONFIDENCIAL, en virtud, por este medio me obligo a no divulgar, revelar, comunicar, transmitir, grabar, duplicar, copiar o cualquier otra forma de reproducir, sin la autorización expresa y por escrito del Ministerio de Salud, las información y documentación a que tengo acceso.

Por lo que declaro haber leído y tener conocimiento de los documentos de gestión que involucran mi función y desenvolvimiento en el Ministerio de Salud, en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud –ROF, La Ley 27815 – Ley de Ética de la Función Pública y demás normativa que corresponde, publicados en la página web institucional.

EN caso de incumplimiento, me someto a las responsabilidades de índole administrativa, penal y civil conforme a Ley.

Las obligaciones y derechos inmersos en el presente acuerdo de confidencialidad estarán vigentes a partir de la fecha que se firma el vínculo con la Institución, durante el tiempo que dure esta relación y después de la fecha en que se haya dado por terminada la relación laboral, sin importar la razón de la misma.

A los efectos previstos en este Compromiso, se define como "información confidencial" a toda aquella información, ya sea técnica, financiera, comercial, personal o de cualquier otro carácter, que sea suministrada y/o comunicada por el Ministerio de Salud, mediante palabra, por escrito o por cualquier otro medio o soporte, tangible, actualmente conocido o que posibilite el estado de la técnica en el futuro.

En el supuesto de que, previamente a la firma del presente compromiso, el suscrito hubiera tenido acceso a la información de la institución, aquella será considerada también, a todos los efectos previstos en el presente documento, como información confidencial, salvo aquella que expresamente sea calificada por el Ministerio como información de libre uso o divulgación.

Arequipa, de _____ del 202__

Firma _____
DNI: _____

Arequipa, _____ 202_

Señor,

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

Asunto : AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO CON ABONO EN CUENTA

NOMBRE O RAZON SOCIAL

BANCO

[illegible][illegible]

Agradeciendo, se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a mi nombre o de mi representada sean abonados en la cuenta indicada, dejo constancia que el comprobante de pago a ser remitida por el suscrito o por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio N° _____ quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Así mismo, para cualquier información comunicarse a:

Teléfono N° _____ Anexo N° _____

Correo Electrónico

Atentamente,

(FIRMA)

DN1 № _____

NOTA: Debe tenerse en cuenta lo siguiente:
Para el trámite de pago por servicios de terceros el CCI corresponderá solamente a Entidades Financieras Privadas, no considerar Banco de la Nación.
Previo a la presentación del CCI el interesado deberá efectuar el trámite en su Entidad Bancaria, a fin de relacionar su número de RUC con su cuenta de ahorros.

Anexo 07

DECLARACION JURADA

PARA COMPRAS Y/O SERVICIOS MENORES A 8UIT

Señores:

OFICINA DE LOGISTICA Y PATRIMONIO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
AV. DE LA SALUD S/N.
PRESENTE

Mediante la presente la suscrita:
identificada con DNI N° Con N° de Colegiatura.....y
domiciliada en.....declara
bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para contratar con el estado.
- iii. Mi información se encuentra actualizada.
- iv. Conocer las sanciones contenidas en la ley de Contrataciones del estado y su reglamento, así como las disposiciones aplicables del TUO de la Ley N° 27444, Ley del procedimiento Administrativo general.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las especificaciones técnicas y/o términos de referencia del objeto de contratación, según CIUU- SUNAT.
- vi. Comprometerse a mantener la oferta presentada, en caso de resultar favorecido con la buena Pro.

FIRMA

NOMBRES: _____

DNI: _____

RUC: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

ANEXO N° 08

DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM

Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Morosos y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2019-JUS

YO:

.....

Apellidos Paterno

Apellidos Materno

Nombres

identificado/a con Documento Nacional de Identidad (DNI) N°.....,
con domicilio en distritode
....., provincia de....., departamento de
.....,

En virtud a lo dispuesto en el Artículo 10 de la Ley N° 28970, que crea el Registro de Deudores Alimentarios – REDAM, concordante con el Artículo 12 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2019-JUS; y al amparo del Artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos.

DECLARO BAJO JURAMENTO DE LEY que al momento de suscribir el presente documento:

SÍ.... NO.... Estoy registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM

Arequipa,

de

del 202

.....
Firma y sello del representante legal
Nombre / Razón social

N° de DNI: _____

N° de RUC: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____