

**CONTRATACIÓN DE PROFESIONAL PARA BRINDAR EL SERVICIO
ESPECIALIZADO DE ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA PARA EL PLAN DE
CIERRE DE BRECHAS MENOR DE 5 AÑOS 2024**

ANOTADOR(A)

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 en la población más vulnerable debido a las medidas implementadas por el gobierno a consecuencia del brote, disponiéndose el aislamiento social obligatorio (el confinamiento obligatorio se inició el 15 de marzo 2020), por las graves circunstancias que afectaban la vida de la población.

Esto afectó los procesos de vacunación que se aplicaba a niños y niñas contra enfermedades inmune prevenibles de enfermedades prevalentes de la infancia mediante la aplicación del esquema regular, dejando una brecha acumulada de niñas no vacunadas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023 que es urgente identificarlas para vacunarlas y protegerlas contra las diversas enfermedades.

A pesar de los esfuerzos realizados para el cierre de brechas de vacunación entre 2022 y 2023, todavía persiste un grupo considerable de personas susceptibles que no han recibido la vacunación o que no han completado su esquema y requieren de coberturas superiores al 95% de acuerdo a la recomendación de la autoridad sanitaria de la Organización Panamericana de la Salud.

Ante esta situación, la Dirección General de intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la estrategia de Inmunizaciones, considera necesario la implementación de acciones durante el año 2024, para mejorar coberturas en menores de 5 años.

La Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas con la coordinación de la estrategia sanitaria de 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

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 180 días; ello sustentado en la necesidad de contar con los servicios.

3. FINALIDAD PÚBLICA

Reducir el riesgo de vida y de salud de Los niños y niñas a través de la vacunación para la disminución de enfermedades inmune prevenibles en menores de 5 años.

4. OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

La estrategia sanitaria de inmunizaciones requiere contratar 04 Técnicos En Enfermería, Bach. En Enfermería y carreras afines, para brindar el servicio especializado en salud pública, para el plan de vacunación de cierre de brechas en menores de 5 años.

5. ACTIVIDAD RELACIONADA

CATEGORIA PRESUPUESTAL	1001 PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
META SIAF	093
ACTIVIDAD /PROYECTO	APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS
ESPECIFICA DE GASTO	ITEM DEL INSUMO SEGÚN MODULO DE GESTION DEL PROYECTO
2.3.29.11	SERVICIO ESPECIALIZADO EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

6. ACTIVIDADES A REALIZAR

Participar en las actividades de vacunación:

- Identificar a las niñas y niños a vacunar en los listados de seguimiento, casa por casa del padrón de las Instituciones Educativas, en horarios fijos y diferenciados, incluidos sábados, domingos y feriados.
- Identificar a las niñas y niños a vacunar en los listados de seguimiento en los Establecimientos de Salud en horarios fijos y diferenciados.
- Recibir y orientar a los padres, para la firma del consentimiento informado para la vacunación en horarios fijos y diferenciados.
- Solicitar el DNI del niña o niño para la verificación de los datos y de las vacunas que faltan
- Registrar los datos en el formato, en el sistema de información y en el carné: dosis, vacuna, número de lote, fecha y próxima cita.
- Apoyar durante el proceso de vacunación al vacunador y 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 seis (6) entregables en ciento ochenta (180) días, de acuerdo con el siguiente cuadro:

ENTREGABLE	PLAZO
PRIMER ENTREGABLE	Hasta los treinta (30) días calendarios a partir del día siguiente de adjudicado el servicio: 01 informe que contenga: reporte de las 500 niñas y niños vacunadas en la Región Arequipa, correspondiente al primer mes del entregable.
SEGUNDO ENTREGABLE	Hasta los sesenta (60) días calendarios a partir del día siguiente de adjudicado el servicio: 01 informe que contenga: reporte de las 500 niñas y niños vacunadas en la Región Arequipa, correspondiente al segundo mes del entregable
TERCER ENTREGABLE	Hasta los noventa (90) días calendarios a partir del día siguiente de adjudicado el servicio: 01 informe que contenga: reporte de las 500 niñas y niños vacunadas en la Región Arequipa, correspondiente al tercer mes del entregable.
CUARTO ENTREGABLE	Hasta los ciento veinte (120) días calendarios a partir del día siguiente de adjudicado el servicio: 01 informe que contenga: reporte de las 500 niñas y niños vacunadas en la Región Arequipa, correspondiente al cuarto mes del entregable.

QUINTO ENTREGABLE	Hasta los ciento cincuenta (150) días calendarios a partir del día siguiente de adjudicado el servicio: 01 informe que contenga: reporte de las 500 niñas y niños vacunadas en la Región Arequipa, correspondiente al quinto mes del entregable.
SEXTO ENTREGABLE	Hasta los ciento ochenta (180) días calendarios a partir del día siguiente de adjudicado el servicio: 01 informe que contenga: reporte de las 500 niñas y niños vacunadas en la Región Arequipa, correspondiente al sexto mes del entregable.

8. PERFIL MÍNIMO REQUERIDO

- Bachiller en Enfermería.
- Técnico en Enfermería / carreras afines
- Contar como mínimo con seis (06) meses de experiencia general en el sector público y/o privado (incluye internado en caso de bachilleres) e inmunizaciones.
- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente.
- Disponibilidad inmediata a tiempo completo y dedicación exclusiva.
- Toda documentación requerida será copia simple y foliada de atrás hacia adelante.
- Se descalificará aquel expediente que no presente algún documento y anexos solicitados.
- La evaluación de expedientes será calificado de acuerdo al perfil mínimo requerido y el tiempo de experiencia laboral.
- 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.
- Declaración jurada de veracidad de documentos.

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 ciento veinte (120) 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
Primer Entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 30 días calendario, el cual empieza a regir a partir del día siguiente adjudicado el servicio.
Segundo Entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 60 días calendario, el cual empieza a regir a partir del día siguiente adjudicado el servicio.
Tercer Entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 90 días calendario, el cual empieza a regir a partir del día siguiente adjudicado el servicio.
Cuarto Entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 120 días calendario, el cual empieza a regir a partir del día siguiente adjudicado el servicio.
Quinto Entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 150 días calendario, el cual empieza a regir a partir del día siguiente adjudicado el servicio.
Sexto Entregable	S/. 3,500.00	Hasta los 180 días calendario, el cual empieza a regir a partir del día siguiente adjudicado el servicio.
TOTAL	S/. 21,000.00	Duración total del Servicio hasta los 180 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 porcada 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, el traslado de El CONTRATISTA para el cumplimiento de sus funciones 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 LA ENTIDAD.

En cualquier caso, los derechos de autor y demás derechos de cualquier naturaleza sobre cualquier material producido bajo las estipulaciones del presente

12

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 GERESA 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
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS

Giovanna Valdivia
Enfermera E. Giovanna Valdivia Manrique
COORDINADORA REGIONAL
CEP. 15836

Responsable del Área
Usuaría

11

SOLICITO: PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SELECCIÓN PARA CONTRATO DE SERVICIOS POR TERCEROS, PARA LA VACUNACION CIERRE DE BRECHAS MENOR DE 5 AÑOS 2024.

CARGO DE:.....

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA CONTRATO DE SERVICIOS TERCEROS, LA VACUNACION DE CIERRE DE BRECHAS MENOR DE 5 AÑOS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA.

Yo,.....
identificado con DNI N°....., 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 CONTRATO DE SERVICIOS DE TERCEROS PARA BRIGADAS DE VACUNACION DE CIERRE DE BRECHAS MENOR DE 5 AÑOS 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 adjuntar en el siguiente orden :

1. Solicitud
2. Anexos
3. DNI
4. RNP
5. Currículo Vitae

Arequipa,.....de.....del 2024

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____

DNI N°: _____

10

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

ANEXO 01

**DECLARACION JURADA DE NO TENER INHABILITACION VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS
AL ESTADO, INHABILITACION 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,.....

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 DESTITUCION 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.

q

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 _____ (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

DEPENDENCIA

PARENTESCO

- 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, la 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: _____

ANEXO 06

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO CON ABONO EN LA
CUENTA BANCARIA DEL PROVEEDOR

Arequipa, , 202_

Señor,

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

Presente

Asunto : AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO CON ABONO EN CUENTA

Por medio de la presente, comunico a ustedes que el código de Cuenta Interbancario - CCI de mi cuenta personal o de la empresa a quien represento es:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

BANCO

CCI N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUC N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)

DNI N°

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 8 UIT

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

DENOMINACION DE LA CONTRATACION "SERVICIOS EN SALUD PARA BRIGADAS DE VACUNACION"

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.
- vii. No estar prestando servicio de salud en otras instituciones.

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.....,
distrito de... .., 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 2024

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

N° de DNI: _____

N° de RUC: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____

ANEXO 09

DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE DOCUMENTOS

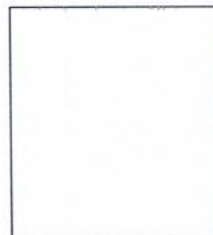
Yo, _____ identificado (a) con
DNI N° _____ y con domicilio en
_____.

DECLARO BAJO JURAMENTO, la veracidad de la información consignada en mi hoja de vida y que los documentos presentados exigidos en el presente concurso, son copia fiel del original, caso contrario estaré incurriendo en delito contra el Código Penal vigente.

Sujetándome a las responsabilidades civiles, penales y administrativas que correspondan, en caso de que mediante cualquier acción de verificación posterior se compruebe su falsedad.

Arequipa, _____ de _____ de 202_

Firma



HUELLA DIGITAL

NOMBRES:

DNI:

ANEXO 10

DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo

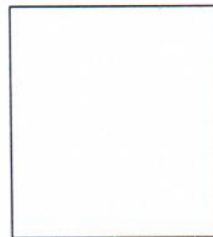
identificado con DNI N°..... y domiciliado en.....

..... En

pleno uso de mis facultades físicas y mentales, DE CONFORMIDAD AL LITERAL I) DEL ARTÍCULO 79° DE LA LEY N°29783 (LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO); DECLARO BAJO JURAMENTO: Que, gozo de buen estado mental y que no padezco de ninguna enfermedad. Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad contemplado en el numeral 1.7 del artículo IV y artículo 42° de la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad; asimismo, aceptaré la procedencia de la nulidad del contrato para lo cual dejo constancia con mi firma y huella digital.

Arequipa, _____ de _____ de 202_

Firma



HUELLA DIGITAL

NOMBRES:

DNI: