

Sr.
Gerencia Regional de Salud Arequipa

SOLICITO: PARTICIPAR EN EL PROCESO DE SELECCIÓN PARA CONTRATO DE SERVICIOS POR TERCEROS, PARA EL PLAN PILOTO DE SAMU- GERESA AREQUIPA - 2024

CARGO DE:.....

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA CONTRATO DE SERVICIOS TERCEROS, PARA EL PLAN PILOTO DE SAMU- GERESA AREQUIPA - 2024

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 EL PLAN PILOTO DE SAMU- GERESA AREQUIPA - 2024

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
- RNP
- DNI
- Curriculum vitae

En el siguiente orden:

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

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____

DNI N°: _____

**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,.....
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 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.

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,.....DNI N°

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 11° 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 LA SALUD DE LAS PERSONAS

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: _____

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

Señor,

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

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°

[illegible]

RUC N°

[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)

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 PARA "EL PLAN PILOTO DE SAMU"- GERESA
AREQUIPA - 2024**

Mediante la presente la suscrita:,
**identificada con DNI N°.....con N° de Colegiaturay
domiciliada endeclara
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.....,

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: _____