



INVITACION PUBLICA N° 036-2024-RSAC
PROCESO DE CONTRATACION DE LOCACION DE SERVICIOS
DIRECTIVA 002-2023-GRA/OPDI

I. SERVICIOS SOLICITADOS

CODIGO	SERVICIO	CANTIDAD SOLICITADA	ENTREGABLES
SEG001	SERVICIO DE DIGITACION	05	01

II. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS	FECHAS
PUBLICACION DE INVITACION PUBLICA EN PAGINA WEB DE LA RSAC	19/11/2024
PRESENTACION DE PROPUESTA ECONOMICA Y REQUISITOS, EN SOBRE CERRADO, INDICANDO LA CANTIDAD DE FOLIOS PRESENTADOS, POR MESA DE PARTES DE LA RSAC HORARIO ESTRICTO DE 8 AM – 12:30 y 1:30 A 3 PM	20/11/2024
EVALUACION DE EXPEDIENTES Y PROPUESTAS ECONOMICAS	21/11/2024
OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO (RESULTADOS)	21/11/2024

III. REQUISITOS INDISPENSABLES PARA SER ADMITIDO COMO COTIZACION VALIDA (en caso de no presentar, será declarado como COTIZACION NO VALIDA)

- Solicitud de postulación
- Solicitud de Cotización
- Declaración jurada de propuesta económica
- Declaración jurada para compras o servicios iguales o inferiores a 8uit
- Registro Nacional De Proveedores RNP
- Ficha RUC (el proveedor tendrá que dedicarse al rubro de la contratación)
- Documentos solicitados por el área usuaria
- Adjuntar cv documentado, que acredite únicamente el perfil requerido.

Nota: los documentos deben tener separadores que indiquen los requisitos mínimos indispensables requeridos en los Términos de referencia

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS CAYLLOMA

[Firma]
Gloria María del Consuelo Jiménez
RESPONSABLE DEL SUB-PROCESO DE ADQUISICIONES



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE LAS OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES”
“Año de la Consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas
de Junín y Ayacucho”

INVITACION PUBLICA N° 036-2024-RSAC
PROCESO DE CONTRATACION DE LOCACION DE SERVICIOS
DIRECTIVA 002-2023-GRA/OPDI

SOLICITUD DE POSTULACION

Señor
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
Atención: Sub Proceso de Adquisiciones

- **En el caso de persona Natural**

Yo,
Identificado (a) con DNI, domiciliado en
....., con RUC N°
Telf....., Email:

- **En el caso de persona jurídica**

Razón Social:
Representado:, RUC N°
Con poderes inscritos en :, Telf.....

Me presento y solicito ser considerado en el Proceso de Contratación de
Locación de Servicios, para el servicio, Código
y acepto términos de referencia del mismo.

Para tal efecto adjunto los documentos solicitados:

-
-
-
-
-
-
-
-



Fecha :

Firma :
Nro RUC :



INVITACION PUBLICA N° 036-2024-RSAC
PROCESO DE CONTRATACION DE LOCACION DE SERVICIOS
DIRECTIVA 002-2023-GRA/OPDI

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

Señores : RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA RUC : 20454157592
Dirección : AV. INDEPENDENCIA #600 – INTERIOR 424
Teléfono : 054-200823
Nro. Req. : Fecha :
Concepto : Documento :

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN
01	SERVICIO	SERVICIO DE DIGITACION

CONDICIONES DE SERVICIO:

- Forma de pago (contado o crédito): _____
- Tipo de Moneda (tipo de cambio): _____
- Validez de la cotización (duración de la oferta): _____
- REMITIR JUNTO A LA PRESENTE SOLICITUD DE COTIZACIÓN LA DECLARACION JURADA DE LA PROPUESTA ECONOMICA Y DECLARACION JURADA PARA SERVICIOS IGUALES O INFERIORES A 8 UIT, DEBIDAMENTE FIRMADAS Y SELLADAS (OBLIGATORIO).
- Indicar su razón social, domicilio fiscal y numero de RUC:

En caso de incumplimiento de los plazos, se aplica las sanciones de acuerdo en la directiva N° 002-2023- GRA/OPDI

SE DIO LECTURA Y ESTRICTO CUMPLIMIENTO, CASO CONTRARIO LA COTIZACIÓN NO SERÁ TOMADA COMO VALIDA

Atentamente,

FIRMA Y/O SELLO



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE LAS OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES”
“Año de la Consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas
de Junín y Ayacucho”

INVITACION PUBLICA N° 036-2024-RSAC
PROCESO DE CONTRATACION DE LOCACION DE SERVICIOS
DIRECTIVA 002-2023-GRA/OPDI

DECLARACION JURADA DE PROPUESTA ECONOMICA

• **En el caso de persona Natural**

Yo,
Identificado (a) con DNI, domiciliado en
....., con RUC N°
Telf.....

• **En el caso de persona jurídica**

Razón Social:
Representado:, RUC N°
Con poderes inscritos en :, Telf.....

Presento mi propuesta económica por el **Monto Total** de (S/.00,
.....Soles, por el servicio de
....., Código

La presente propuesta económica, es de conformidad a lo solicitado en los términos de Referencia, el pago incluye los impuestos de ley y todo el costo o retención (de corresponder), que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servicios no efectuados, ni adelanto alguno.

Arequipa, de del 20.....



Firma del postor :
Nro DNI :
Nro RUC :



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE LAS OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES”
“Año de la Consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas
de Junín y Ayacucho”

INVITACION PUBLICA N° 036-2024-RSAC
PROCESO DE CONTRATACION DE LOCACION DE SERVICIOS
DIRECTIVA 002-2023-GRA/OPDI

**DECLARACION JURADA
PARA COMPRAS O SERVICIOS IGUALES O INFERIORES A 8UIT**

Señores. -

SUB PROCESO DE ADQUISICIONES DE LA OFICINA DE LOGÍSTICA DE LA RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA

DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

.....Codigo

Presente. -

El suscrito, identificado(a) con DNI N

y con domicilio en:

y/o Representante Legal de

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- I. No tener impedimento para contratar con el Estado y lo prescrito por el art. 11 de la Ley de Contrataciones del Estado N° 30225
- II. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad
- III. Que la información en caso sea persona natural o la información de la persona jurídica que represento, registrada en el RNP 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 del Procedimiento Administrativo General.
- V. Conocer, aceptar y someter a las especificaciones técnicas y/o términos de referencia del objeto de contratación según CIUU- SUNAT
- VI. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente
- VII. Comprometerme a mantener la oferta presentada, en caso de resultar favorecido con la Buena Pro.
- VIII. Me comprometo a cumplir con el plazo de ejecución consignados en la Orden de Compra y/o servicio que será notificada al siguiente correo electrónico:
.....

Dichos plazos se contarán a partir del día siguiente de la adjudicación o tal como indique los términos de referencia.

Atentamente,

Arequipa, de del 20.....



FIRMA Y/O SELLO

ANEXO N.º 01

TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE LOCACIÓN DE SERVICIOS DE: SERVICIO DIGITACIÓN ITINERANTE DE FORMATOS ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA)

1. AREA USUARIA: OFICINA DE SEGUROS
Red de Salud Arequipa Caylloma
Unidad Ejecutora 1222 – Salud Red Periférica Arequipa (UE 405)

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION:

Servicios de Digitación Itinerante de Formatos Únicos de Atención (FUA), para puntos de digitación (PPDD) FUA, de la Red de salud Arequipa Caylloma, mediante la modalidad de locación de servicios por Personas Naturales.

3. FINALIDAD PÚBLICA:

La presente contratación tiene por finalidad contratar una persona natural, debidamente capacitada que deberá cumplir con los términos de referencia para disminuir el embalse de FUA pendientes de digitación de las prestaciones del Seguro Integral de Salud – SIS con oportunidad y calidad.

4. ANTECEDENTES ACTIVIDADES: (Obligatorio)

Que, mediante Resolución Jefatural N° 00049-2023-SIS/J, se aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2023-SIS/GREP-V.03 “Directiva Administrativa que regula el control Prestacional Electrónico del Seguro Integral de salud”, con la finalidad de Contribuir con el control de las prestaciones de salud financiadas por el “Seguro Integral de Salud”, a fin de mejorar la gestión del riesgo prestacional de las atenciones brindadas en las IPRESS públicas a los asegurados SIS. El Control Prestacional Electrónico Es el control que se realiza a las prestaciones de salud registrada en el FUA y digitada en los sistemas informáticos del SIS por las IPRESS o DIRECTIVA QUE REGULA EL CONTROL PRESTACIONAL ELECTRÓNICO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Incluye la consistencia y la evaluación prestacionales electrónica.

5. OBJETIVO DEL SERVICIO:

• **Objetivo General:**

Contar con el servicio de digitación en los PPDD de las oficinas de Atención al asegurado de las diferentes IPRESS del ámbito de la Red de Salud Arequipa Caylloma, quienes desarrollarán actividades relacionadas al procesamiento de datos para fortalecer los procesos de digitación OPORTUNA y con CALIDAD de las prestaciones del Seguro Integral de Salud – SIS por la modalidad de locación de servicios/ servicios de terceros.



● **Objetivo Específicos:**

- Fortalecer el proceso de control de las prestaciones de salud, contribuyendo a la implementación de buenas prácticas de gestión y facilite el desarrollo de las actividades relacionadas al control de las prestaciones de salud.
- Aplicar criterios de registro de las prestaciones de salud en el aplicativo informático ARFSIS web del SIS. Su incumplimiento se identifica a través de códigos específicos.
- Identificar los FUA que superan y no superan las reglas de consistencia y evaluar estos últimos que pasan a retroalimentación automática a las IPRESS.

6. AFECTACIÓN PRESUPUESTAL: (Obligatorio).

Programa Presupuestal	: 9002-APNP
Meta Presupuestal	: 135
Fuente de Financiamiento	: Donaciones y Transferencias
Específica de Gasto	: 23.29.11
Tipo de Recurso	: D y T- 013
Monto total	: S/
Resolución Jefatural	: 017-2024
Transferencia Electrónica	: 077-2024

7. REQUISITOS MÍNIMOS DEL LOCADOR: (Obligatorio)

REQUISITOS	DETALLE
Experiencia general	- Experiencia laboral mínima de un (01) año en el sector público y/o privado.
Experiencia específica	- Experiencia laboral mínima de un (01) año en el manejo de sistemas informáticos del SIS (SIASIS, SIGEPS, ARFSIS Web).
Formación Académica	Profesional, bachiller, egresado de: Ing. Sistemas, Técnico informático, ciencias de la computación o carreras en general.
Capacitación	- Curso de capacitación en ofimática básica u afines al cargo.
Competencias	Orientación a resultados, calidad y oportunidad de datos digitados. Preocupación por orden, calidad y precisión, creatividad e iniciativa. Trabajo en equipo y cooperación al nivel deseado, facilidad para la comunicación, tolerancia al trabajo bajo presión, capacidad organizativa y analítica. Ética y valores: solidaridad y honradez. Cumplir con indicaciones de responsable de área usuaria.
Otras condiciones esenciales del contrato	- Contar con FICHA RUC vigente - Contar con recibo por honorarios. - Registro Nacional de Proveedores (R. N. P). - Disponibilidad inmediata y permanencia en la zona durante el tiempo de duración del servicio.

AREQUIPA SOMOS TODOS

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777 - 202279

Página web: www.redperiferica.agp.gob.pe

Correo electrónico TRÁMITE DOCUMENTARIO: tramitedocumentariosac@saludarequipa.gob.pe

Correo electrónico RSAC: redagpcaylloma@saludarequipa.gob.pe

8. ALCANCE Y DESCRIPCION DEL SERVICIO: (Obligatorio)

8.1. SERVICIO PRESTADO

Durante el plazo de ejecución del servicio se deberán desarrollar actividades enmarcadas en el cumplimiento del presente documento referente a la Digitación de FUA para lo cual las IPRESS a través de las oficinas de atención al asegurado proporcionará la documentación e información necesaria.

AREA USUARIA	NUMERO DE SERVICIOS (DIGITADORES) REQUERIDOS	Numero de Entregables	Propuesta de Pago por Entregable
OFICINA DE ATENCIÓN AL ASEGURADO	5	1	
TOTAL	5		

9. PRESENTACION DE ENTREGABLES POR LOCADOR: (Obligatorio)

El personal contratado deberá presentar un informe de las actividades desarrolladas durante hasta (40) días calendario, los cuales deberán ser remitidos mediante una Carta de Presentación del entregable (Anexo N.º 06), debidamente firmado, a través de la Oficina requiriente (**01 Original y 01 copia**). Dichos entregables deberán contener:

- Carta de Entregable en cumplimiento de actividades (primer/ segundo)
- Copia del Contrato suscrito con la Entidad
- Código de cuenta Interbancaria (CCI), debidamente firmada por el locador.
- Constancia de Suspensión de Rentas 4ta. Categoría (de ser el caso)

Las cartas de presentación de la carta de entregable deberán ser presentados, *hasta Tres (03) días calendarios siguientes de culminado el plazo de ejecución del servicio*, de acuerdo con el siguiente detalle:

Nro.	SERVICIO DE DIGITACIÓN	PRODUCTO POR ENTREGABLE	Cantidad Por cada Entregable	TOTAL	Fuente de Verificación
1	Digitación oportuna de Formatos Únicos de Atención (FUA) en los Sistemas Informáticos vigentes, dentro de los plazos establecidos	01 informe de Producción FUAS DIGITADOS (01 informe mensual de avance) por fecha de digitación (un mínimo de 6000 FUAS), visado por los responsables de Seguros de los Puntos	1	1	INFORME Y REPORTE

AREQUIPA SOMOS TODOS

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777 - 202279

Página web: www.redperiferica.agp.gob.pe

Correo electrónico TRÁMITE DOCUMENTARIO: tramitedocumentariosac@saludarequipa.gob.pe

Correo electrónico RSAC: redaqpcaylloma@saludarequipa.gob.pe

	según directivas del Seguro Integral de Salud y disposiciones dadas por la Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma.	de Digitación (PDD) SIS donde se realizó la digitación o de quien haga sus veces a nivel IPRESS.			
2	Recepcionar los FUA correctamente llenados de los establecimientos de origen debidamente ordenados, registrando la cantidad y fecha de recepción, así como la devolución. En un cuaderno de registro.	01 resumen, con la cantidad de FUAS recibidos y devueltos durante el producto con firma del responsable de Seguros del Punto de Digitación SIS donde se realizó la digitación o de quien haga sus veces a nivel IPRESS, y la firma del digitador. (Foto del cuaderno).	1	1	CUADERNO DE CONTROL DE FUAS
4	Digitar el contenido de los diferentes formatos, tal y como son entregados para este proceso. De encontrarse, detectarse informáticamente errores, estos deberán ser devueltos para su corrección respectiva en coordinación con el responsable de seguros. En un cuaderno de registro.	01 cuadro resumen mensual de FUAS devueltas, que no se puede Digitar (FUAS con errores NO CORREGIBLES), visado por el responsable de Seguros del Punto de Digitación SIS donde se realizó la digitación o de quien haga sus veces a nivel IPRESS.	1	1	REPORTE / CUADRO
5	Una vez culminado el proceso de digitación, archivar los distintos formatos recibidos (FUAS, etc.) de acuerdo a la numeración (de menor a mayor) y por periodo de producción mensual; custodia de acuerdo a lo normado por el Archivo General de la Nación.	01 foto de los FUAS procesados, para almacenamiento en el mes en curso debidamente etiquetado según lo dispuesto por la Oficina de Seguros.	1	1	FOTOS

10. LUGAR Y PLAZO DE LA EJECUCION DEL SERVICIO: (Obligatorio)

10.1. LUGAR DEL SERVICIO:

La prestación del servicio a realizará en Distintos puntos de digitación activos de la Jurisdicción de la Red de Salud Arequipa Caylloma para el desembalse.

RED	PUNTOS DE DIGITACIÓN	CANTIDAD DE DIGITADORES FUA REQUERIDOS
SALUD RED AREQUIPA CAYLLOMA	DETERMINADOS POR LA OFICINA DE SEGUROS	5

10.2. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

Hasta (40) días calendario, **contabilizados desde la suscripción del Contrato**, de acuerdo con el siguiente detalle:

AREQUIPA SOMOS TODOS

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777 - 202279

Página web: www.redperiferica.aqp.gob.pe

Correo electrónico TRÁMITE DOCUMENTARIO: tramitedocumentariorsac@saludarequipa.gob.pe

Correo electrónico RSAC: redaqpcaylloma@saludarequipa.gob.pe

ENTREGABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN
Primer Entregable	Hasta los 40 días calendario, contabilizados desde la suscripción del contrato.

11. FORMA YO CONDICIONES DE PAGO: (Obligatorio)

El pago se realizará por cada **ENTREGABLE**, presentado y aprobado por el responsable de la oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

La Red de Salud Arequipa Caylloma se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en un plazo no mayor a diez (10) días calendario luego de la recepción de la conformidad emitida por el responsable de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma, cabe mencionar que el pago por el servicio prestado será en cuatro partes iguales.

El pago incluirá los impuestos de Ley y todo el costo o retención (de corresponder) que recaiga en el servicio, no debiendo proceder pagos a cuenta por servidos no efectuados, ni adelanto alguno.

12. DE LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: (Obligatorio)

La conformidad de la prestación será emitida en un plazo no mayor de ocho (08) días calendario y suscrita por el responsable de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma, previo informe del CONTRATISTA y V°B° del responsable de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma, quien verificará el servicio de acuerdo a lo solicitado en los términos de referencia; de existir observaciones, será notificado al CONTRATISTA, estableciendo un plazo para que subsane, el cual no podrá ser menor de dos (2) ni mayor a ocho (08) días calendario, dependiendo de la complejidad.

13.- CONFIDENCIALIDAD

El proveedor deberá guardar confidencialidad sobre los aspectos relacionados a la prestación, no encontrándose autorizado por la entidad para divulgación de información.

Sobre la inobservancia del párrafo anterior, esta se entenderá como un incumplimiento que no puede ser revertido, por lo que se procederá a la resolución del contrato, bastando para ello una notificación.

14.- PROPIEDAD INTELECTUAL

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 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 del Ministerio de Salud salvo autorización expresa de LA ENTIDAD, la información



AREQUIPA SOMOS TODOS

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777 - 202279

Página web: www.redperiferica.aqp.gob.pe

Correo electrónico TRÁMITE DOCUMENTARIO: tramitedocumentariorsac@saludarequipa.gob.pe

Correo electrónico RSAC: redaqpcaylloma@saludarequipa.gob.pe

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.

15.- PENALIDADES: (Obligatorio)

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de la prestación objeto del contrato, la Entidad le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{Monto total/parcial}}{F \times \text{días total/parcial}}$$

Donde:

F= 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;

F= 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días

Las penalidades se computan desde el día de su surgimiento hasta el día en que se cumpla completamente la prestación a satisfacción del área usuaria.

La penalidad puede alcanzar un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de penalidad, la Entidad podrá resolver el Contrato por incumplimiento.

16.- OTRAS PENALIDADES APLICABLES

El incumplimiento de las obligaciones y prohibiciones contenidas en los términos de referencia; modificación de marco presupuestal o normativo; constituyen causal de resolución automática del contrato. La entidad, por decisión unilateral, podrá resolver el contrato, sin pago de indemnización por ningún concepto al proveedor, a simple informe del área Usuaria. Para ello comunicará por escrito al domicilio o correo electrónico del proveedor, sobre resolución del contrato el cual quedará como observación para limitar la participación del proveedor en posteriores procesos.

17.- VICIOS OCULTOS

El Contratista es el 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.- GASTOS POR DESPLAZAMIENTO

Los gastos por desplazamiento para el cumplimiento de sus funciones correrán por cuenta de EL CONTRATISTA. El servicio es A TODO COSTO.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
Lic. Enf. Rosinary Chamblí Mamani
C.E.P. 58355 - R.E.E. 11380
RESPONSABLE (E.) DE LA OFICINA DE SEGUROS

AREQUIPA SOMOS TODOS

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777 - 202279

Página web: www.redperiferica.aqp.gob.pe

Correo electrónico TRÁMITE DOCUMENTARIO: tramitedocumentariosac@saludarequipa.gob.pe

Correo electrónico RSAC: redaqpcaylloma@saludarequipa.gob.pe

ANEXO N° 02

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO
PARA CONTRATAR CON EL ESTADO**

El que suscribe,, identificado con D.N.I. N°
....., con domicilio en, con R.U.C. N°
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

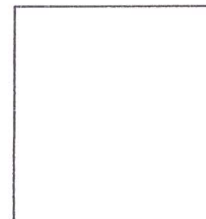
1. No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme establece la LCE y RLCE vigente.
2. Contar con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
3. No encontrarme inhabilitado para contratar con el Estado.
4. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información presentada en el proceso de Contratación.
5. Conocer las infracciones y sanciones establecidas en el artículo 50 de la Ley N° 30225 – Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como en la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General.

Arequipa,..... de del 20.....

.....

Firma

Nombres:
Apellidos:
DNI:



HUELLA DIGITAL

AREQUIPA SOMOS TODOS

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777 - 202279

Página web: www.redperiferica.agp.gob.pe

Correo electrónico TRÁMITE DOCUMENTARIO: tramitedocumentariosac@saludarequipa.gob.pe

Correo electrónico RSAC: redaqpcaylloma@saludarequipa.gob.pe

ANEXO N° 03
DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER VÍNCULO DE PARENTESCO
LEY N° 26771

Yo,, identificado con Documento Nacional de Identidad N°, domiciliado en

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

No tener ningún vínculo de parentesco, tanto de consanguinidad (hasta el cuarto grado) ni como de afinidad (hasta el segundo grado) con los funcionarios y/o directivos de la Red de Salud Arequipa Caylloma

No tener en la Red de Salud Arequipa Caylloma, familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad o por razón de matrimonio.

En caso de tener parentesco con funcionarios, directivos y/o colaborador en la Red de Salud Arequipa Caylloma, declaro bajo juramento el parentesco, nombres y apellidos, cargo y unidad de trabajo, según se detalla a continuación:

N°	Parentesco	Nombres y Apellidos	Cargo	Unidad Orgánica
1				
2				
3				

En ese sentido, manifiesto que lo antes mencionado corresponde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a los alcances del Código Penal, que establece pena privativa de la libertad para aquellos que realizan declaración falsa violando el Principio de Presunción de Veracidad, así como para aquellos que incurran en falsedad, simulación o alteración de la verdad intencionalmente, acepto expresamente que la Red de Salud Arequipa Caylloma, proceda al retiro automático de mi postulación y/o vínculo contractual, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Arequipa, de del 2024.

.....
Firma

Nombres:
Apellidos:
DNI:



HUELLA DIGITAL

ANEXO N° 04

DECLARACION JURADA ANTECEDENTES PENALES Y JUDICIALES

El/la que suscribe:.....identificado con DNI N.º
....., con domicilio en (calle/jirón/avenida, distrito, provincia,
departamento).....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. No registrar Antecedentes Policiales, ni Judiciales, gozar de buena salud física y mental como no tener inhabilitación administrativa con el Estado.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito de falsa declaración de procesos Administrativos – Art. 411 “del Código Penal y Delito contra la Fe Publica – Titulo XIX del Código Penal, acorde al Art. 32º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Arequipa, de del 2024.

.....

Firma

Nombres:

Apellidos:

DNI:



HUELLA DIGITAL

AREQUIPA SOMOS TODOS

Dirección : Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600
interior N° 424

Teléfono : 054-200823 - 206777 - 202279

Página web: www.redperiferica.agp.gob.pe

Correo electrónico TRÁMITE DOCUMENTARIO: tramitedocumentariosac@saludarequipa.gob.pe

Correo electrónico RSAC: redagpcaylloma@saludarequipa.gob.pe