

COMUNICADO N° 0222 – 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS CON TITULO PROFESIONAL EN SALUD DE TRABAJADOR(A) SOCIAL..... (2). PARA:

- IPRESS EL DESCANSO..... (2)

DE LA U.E 401 SCCE, POR LO CUAL LOS INTERESADOS DEBERAN PRESENTAR DE MANERA FÍSICA EN SOBRE CERRADO MEDIANTE MESA DE PARTES DE LA U.E 401 SCCE (EN SOBRE CERRADO); O DE MANERA VIRTUAL AL CORREO ELECTRONICO logistica@redcanas.org.gv, CUYA PROPUESTA (COTIZACION, CURRÍCULUM VITAE DOCUMENTADO, DECLARACIONES JURADAS, CARTA DE AUTORIZACIÓN CCI Y DEMAS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA); DEBERÁN SER PRESENTADOS CORRECTAMENTE ESCANEADOS, NÍTIDOS, Y CON LETRAS LEGIBLES

CON EL SIGUIENTE CRONOGRAMA

- | | |
|----------------------------------|------------|
| - PUBLICACION DE LA CONVOCATORIA | 23/04/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 24/04/2025 |



NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA TITULO PROFESIONAL EN SALUD DE TRABAJADOR(A) SOCIAL. PARA IPRESS EL DESCANSO.



NOTA: EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS, SOLO SERÁ VALIDA LA PRIMERA PROPUESTA PRESENTADA.



UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

RUC : 20527179221

DIRECCION : CALLE PAMPACUCHO N° 127 SIGUANI-CANCHIS-CUSCO.

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gop.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: 0182 - 2025

DOC. REQ. : 881

INFORME N° 0447-

2025 G.R.CUSCO/DRSC/U.E.401/RSSCCE/DAIS

FECHA 14/04/2025

RAZON SOCIAL:

RUC:

DIRECCION:

CORREO ELECTRONICO :

CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA COI:

TELEFONO FIJO:

TELEFONO MOVIL:

FECHA DE COTIZACION:

ITEM	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR	PLAZO DE EJECUCION	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO SUB TOTAL
	CONTRATACION DE SERVICIO					
	SERVICIO DE ASISTENCIA SOCIAL.....(2)					
001	CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIOS CON TITULO PROFESIONAL EN SALUD DE TRABAJADOR(A) SOCIAL...../2) PARA IPRESS EL DESCANSO. SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA	06 entregables según TDR	SERVICIO	1		
PRECIO TOTAL OFERTA S/.						

CONDICIONES DE VENTA:

1. Plazo de Entrega: Dias calendarios.
2. Plazo de reposicion del bien o servicio defectuoso: Dias calendarios.
3. Garantia comercial del bien o del servicio: meses desde la prestacion del bien o servicio

Importante: Todos los precios unitarios ofertados deben incluir IGV y otros costos; asi tambien se rechazara este documento de presentar enmendaduras o borrones.

DOCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA PARA LA ADMISION DE ESTA, CASO CONTRARIO NO SERA ADMITIDA:

1. Declaracion jurada simple de no estar impedido para contratar con el Estado, si el monto total es > 1 UIT (Art. 11° de la LCE N° 30225). Adjunto a la presente.
2. Adjuntar documentos y condiciones obligatorias según las especificaciones tecnicas o terminos de referencia o ficha tecnica.
3. Copia simple de RNP vigente, cuando el monto total es > 1 UIT, si esta se omite no se considerara su cotizacion.

PENALIDADES:

1. Mayores a 1 UIT y Menores o Igual a 8 IUT el 10% como maximo al monto total, Segun Directiva Interna.
2. Mayores a 8 UIT 10% como maximo al monto total, Segun LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO Y SU REGLAMENTO (LEY N°30225, Regl.D.S.N°350)

 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401-SALUD CANAS CANCHIS - ESPINAR  Georfranco GOMEZ QUISPE RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	 GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401-SALUD CANAS CANCHIS CUSCO  CPC Waldir Soto Hichilumpu RESPONSABLE DE COTIZACIONES	
VºBº JEFE LOGISTIC	RESPONSABLE DE ADQUISICIONES	FIRMA Y SELLO DEL COTIZADOR
		FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



TERMINO DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR LOCACIÓN DE SERVICIOS DE TRABAJADOR(A) SOCIAL PARA LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN LA IPRESS EL DESCANSO

1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE Y A QUE UNIDAD EJECUTORA PERTENECE

Dirección de Atención Integral de Salud – PROGRAMA PRESUPUESTAL 0129 DISCAPACIDAD, Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros, de un TRABAJADOR(A) SOCIAL para la Plataforma de Atención al Usuario en la IPRESS EL DESCANSO, de la Microred EL DESCANSO, de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

- Objetivo de la Contratación:

a) Objetivo General:

Realizar acciones que permitan el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud.

b) Objetivo Especifico:

Realizar actividades para para brindar información a los usuarios sobre los servicios de la salud, evitando que se produzca cualquier evento que genere insatisfacción con los usuarios.

- Finalidad Pública:

- Optimizar el servicio al cual permita contener las potenciales solicitudes en la Plataforma de Atención al Usuario, a través de acciones y coordinaciones con las diversas áreas o servicios del establecimiento de salud a fin de brindar asistencia a través de la Plataforma de Atención al Usuario durante el proceso de su atención en salud.

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

3.1 ACTIVIDADES:

El locador de servicios de la Plataforma de Atención al Usuario, realizara las actividades que se detallan a continuación:

PROFESIONAL DE LA SALUD - PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	
ACTIVIDADES	METAS
ACREDITACIÓN DE TODO PACIENTE QUE INGRESE A L CENTRO DE SALUD EL DESCANSO PARA RECIBIR ATENCION	25 usuarios por turno
EVALUAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALU EL DESCANSO	25 usuarios por turno
INTERVENIR EN SITUACIONES SOCIALES DE MALESTAR	a demanda
ASISTIR, MANEJAR CONFLICTOS Y EJERCER MEDIACIÓN	a demanda
REGISTRO DE USUARIOS QUE HACEN USO DEL PAUS	25 usuarios por turno
EVALUACIÓN SOCIO ECONÓMICA DEL USUARIO QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO	a demanda





GARANTIZAR EL ACCESO A LA ATENCION DE LOS USUARIOS	a demanda
GESTIONAR LAS BARRERAS DE ACCESO DE ATENCION DE LOS UUSUARIOS(GEOGRAFICAS,ECONOMICAS,IDIOMA ,ESTRUCTURALES)	5 por turno
RECEPCIÓN DE RECLAMOS Y QUEJAS DE LOS USUARIOS	según demanda
RESOLUCIÓN DE RECLAMOS Y QUEJAS PRESENTADAS	según demanda
ORIENTACIÓN PARA EL BUEN REGISTRO DEL CUADERNO DE RECLAMOS	a demanda
ASEGURAMIENTO DE LOS NUEVOS USUARIOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD	según demanda
SUBIR A LA PLATAFORMA DE SUSALUD EL REGISTRO DE FUAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS	25 fuas por turno
ELABORACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION DEL USUARIO INTERNO	40 encuestas
ELABORACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO	58 encuestas
ELABORACION DE INFORMACION MENSUAL DEL PAUS	1 por mes
EJECUCION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION ANUAL	1 anual
REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA	2 POR MES
CUSTODIAR Y PRESERVAR LOS BIENES PATRIMONIALES ASIGNADOS	
OTRAS FUNCIONES QUE ASIGNE EL INMEDIATO SUPERIOS	

3.2 PROCEDIMIENTOS:

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:

- Según programación horaria – turnos programados de la IPRESS EL DESCANSO.
- Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada en la Atención al Usuario y familiares.
- Cumplimiento y observancia estricta de las medidas de bioseguridad y prevención de todo evento adverso durante los procesos de Atención a los Usuarios.

3.3 RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR EL PROVEEDOR.

El proveedor acudirá con su indumentaria (personal) según su profesión.

3.4 RECURSOS Y FACILIDADES A SER PROVISTAS POR LA ENTIDAD:

- La IPRESS EL DESCANSO brindara al proveedor las facilidades de acceso a la información la que sea requerida por el usuario.
- La Red de Salud Canas Canchis Espinar, a través de la IPRESS EL DESCANSO, brindara un ambiente físico, equipos e insumos necesarios para la prestación del servicio.

3.5 NORMAS TÉCNICAS:

En la prestación del servicio, el proveedor deberá tener en consideración las Normas Técnicas, Guías y protocolos vigentes del Ministerio de Salud (MINSA), y otras aplicables para los fines de la presente contratación, según corresponda.





3.6 REQUERIMIENTOS DEL PROVEEDOR:

PERFIL DEL PROFESIONAL DE LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO

REQUISITOS OBLIGATORIO:

- Título de profesional en salud de TRABAJADOR(A) SOCIAL (obligatorio)
- Habilitación profesional vigente.
- Resolución de termino de SERUMS
- Copia de DNI
- RUC vigente, activo y habido.
- RNP activo a la fecha de la convocatoria.
- No estar impedido ante la Ley 30059 Ley de Servicio Civil.
- No tener vínculo laboral con otra IPRESS bajo la jurisdicción de la contrata.
- Disponibilidad inmediata.

OTROS REQUISISTOS

- Acreditar experiencia mínima de (01) año, incluido SERUMS.

COMPETENCIAS

COMPETENCIAS GENERICAS:

- Actitud de servicio, comunicación, proactividad habilidad en el uso de las tecnologías de la información, compromiso orientación a resultados y trabajo en equipo.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS:

- Orientación al usuario, capacidad de análisis y flexibilidad.

4. RESULTADOS ESPERADOS (PRODUCTOS ENTREGABLES)

Como producto entregable, el proveedor deberá presentar informe en 1 entregable, describiendo las tareas efectuadas de acuerdo a las actividades descritas en el numeral 3.1 del presente Termino de Referencia., conforme a la siguiente:

- Informe de las actividades realizadas de la Plataforma de Atención al Usuario de la IPRESS EL DESCANSO.

Todo entregable deberá ser firmado y/o tener rubrica del profesional que ha participado en la elaboración del mismo, y que se hace responsable de su contenido.

En los informes correspondientes a cada entregable se deberá detallar las actividades detalladas de manera cuantitativa y cualitativa, según como corresponda como evidencia de haber cumplido con prestar los servicios contratados, según términos de referencia.

4.1 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- a. **LUGAR:** IPRESS EL DESCANSO
- b. **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 06 entregables, según el siguiente detalle:





- Primer entregable hasta los 30 (treinta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Segundo entregable hasta los 60 (treinta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Tercer entregable hasta los 90 (treinta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Cuarto entregable hasta los 120 (treinta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Quinto entregable hasta los 150 (treinta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Sexto entregable hasta los 180 (treinta) días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

5. SUBCONTRATACIÓN:

El proveedor no podrá subcontratar total ni parcialmente las prestaciones a su cargo, señaladas en el presente termino de referencia.

6. RESPONSABILIDAD

El proveedor cumplirá sus actividades en el establecimiento de salud IPRESS EL DESCANSO, que se encuentra bajo el ámbito administrativo de la U.E. 401 SCCE y fuera del mismo cuando la entidad, en función del cumplimiento de sus fines públicos y para el logro de sus objetivos institucionales, así lo requiera por la estricta necesidad de servicio.

El proveedor asumirá responsabilidades inherentes al servicio público, en consecuencia, responsabilidades administrativas y legales.

7. CONFIDENCIALIDAD:

El contratista deberá dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la entidad, en materia de seguridad de información, dicha obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio. (Ley N° 26842 – Ley General de Salud).

8. PROPIEDAD INTELECTUAL:

El proveedor no tendrá ningún título, patente u otros derechos de propiedad en ninguno de los documentos preparados durante la ejecución del presente termino de Referencia, tales derechos pasaran a ser propiedad de la U.E.401 SCCE.

9. MEDIDAS DE CONTROL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL.

a. ÁREA(S) QUE COORDINARA(N) CON EL PROVEEDOR:

El/La Jefe del establecimiento de Salud, el Coordinadores de los Programas Presupuestales, Los coordinadores de Microred. Profesionales y Técnicos de las diferentes áreas asistenciales, sostendrán reuniones y coordinaciones con el locador.

b. ÁREAS RESPONSABLES DE LAS MEDIDAS DE CONTROL





El/La Jefe del establecimiento de Salud según sea el caso, será el/la responsable de supervisar y monitorear el cumplimiento de las condiciones establecidas en el Terminó de Referencia con el fin de garantizar que los entregables guarden coherencia con las actividades a desarrollar, sin perjuicio de lo manifestado, el titular de la U.E 401 SCCE, podrá designar personal o equipos para que contribuyan con este propósito.

10. EXTINCIÓN DEL SERVICIO

La U.E. 401 SCCE a solicitud del área usuaria podrá rescindir el servicio por decisión unilateral y/o por temas financieros podrá poner fin a la prestación del servicio, el incumplimiento comprobado de los procedimientos establecidos en el numeral 3.2 constituyen causal de observación del contrato.

11. MARCO LEGAL DEL CONTRATO

El contrato a suscribir se realizará de conformidad al Código Civil artículo 1764° por lo tanto el LOCADOR no tendrá condición de trabajador de la ENTIDAD, por lo que no estará sujeto a las normas y reglamentos del personal de la institución y no existirá relación laboral de dependencia entre las partes.

12. CONFORMIDAD DEL SERVICIO:

La conformidad de la prestación del servicio será visada por el Área Usuaria, previa emisión informe técnico de la ejecución de las actividades mencionadas en el numeral 4, realizadas durante el periodo comprendido a partir del día siguiente de la notificación de la orden de servicio.

13. FORMA DE PAGO:

Para la presente contratación el pago se realizará después de entregado el informe y después de ejecutada la prestación y otorgada la conformidad por el área usuaria, para ello el locador tendrá que presentar el informe del entregable detallando las actividades desarrolladas, con el siguiente detalle:

- Informe de actividades realizadas con visto bueno del jefe de Establecimiento de Salud.
- Conformidad de la prestación del servicio con los vistos buenos del Jefe del Establecimiento de Salud, Jefe de Microred y Coordinador del PPENT.
- Recibo por Honorarios (comprobante de pago).

14. FORMULA DE REAJUSTE

No aplica

15. ADELANTOS

No aplica

16. DECLARATORIA DE VIABILIDAD

No aplica

17. PENALIDADES

Si el contratista no cumple con las actividades encomendadas dentro del plazo estipulado, la entidad le aplicara una penalidad pecuniaria por cada día de atraso.





La entidad tiene derecho a exigir, además de la penalidad, el cumplimiento de la obligación.

18. OTRA PENALIDADES APLICABLES

En caso de que el contratista del servicio resuelva de manera unilateral la orden de servicio vigente, se aplicara una penalidad pecuniaria.

En caso de incumplimiento de obligaciones contractuales, se procederá a resolver el contrato y/o orden, tomando como referencia el procedimiento establecido en los artículos 164 y 165 del reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Asimismo, puede resolverse de forma total o parcial la Orden de Servicio y/o contrato por mutuo acuerdo entre las partes, previa opinión del área Usuaría

19. OTRAS CONDICIONES ADICIONALES

- El personal contratado de salud se sujeta a cumplimiento de las normativas vigentes en materia de salud.
- Los productos deberán ser entregados y sustentados en la forma y plazos que se indican en los términos de referencia.
- No incluye viáticos ni otros gastos



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E 401 SALUD
Cristian S. Vargas Portilla
MEDICO - IRILLANO
C.P. 063583
COORDINADOR P.P. DISCAPACIDAD



"UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR"

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DECLARACIÓN JURADA

SEÑORES:

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

ATENCIÓN: UNIDAD DE LOGÍSTICA

YOCON DNI N°

REPRESENTANTE LEGAL DE.....(solo en caso de persona jurídica)

CON RUC N° DIRECCIÓN.....

TELÉFONO N° CORREO ELECTRÓNICO.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Mediante el presente escrito lo siguiente:

1. Que cumpla con lo solicitado por vuestra institución, en los términos de referencia / especificaciones técnicas adjuntos a la solicitud de cotización.
2. No tener impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en todos los numerales del Artículo 11 de la Ley N° 30225, Reglamento y Modificaciones.
3. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación; asimismo, declaro que cumpla con las condiciones y términos de referencia solicitados.
4. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
5. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en el Texto Único Ordenado de la ley N°27444- Ley del procedimiento administrativo General Código Civil, entre otras que correspondan.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información que pueda acceder en cumplimiento de la prestación del bien o servicio contratado.
7. No tener dentro de la entidad parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segunda afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

Autorizo que se me Notifiquen al Correo Electrónico Indicado las siguientes actuaciones:

- a) Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
- b) Notificación de la orden de compra y/o servicio.
- c) Notificación de observaciones, aplicación de penalidades, resolución de orden de compra/contrato o cualquier otra comunicación con la entidad.

Así mismo, manifiesto ser responsable de la veracidad de la información presentada, sujeto a fiscalizaciones posteriores y acciones legales y penales en caso se verifique su falsedad.

Ciudad de de 2025.

.....
Firma y Sello del Proveedor, o de su Representante Legal



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

UNIDAD DE
LOGISTICA



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

"Año de la recuperación y consolidación de la economía"

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Señor:

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN UE 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Presente. -

Asunto : Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número de CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) el cual consta de 20 dígitos es:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Proveedor:

(Indicar el nombre o razón social del proveedor titular de la cuenta)

RUC N°:

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente, para que los pagos sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco:

NOMBRE DEL BANCO:

Asimismo, dejo constancia que el Recibo por Honorarios a ser emitido por el suscrito, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta de la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

Firma del proveedor o de su representante legal

Nota importante: El N° de CCI deberá estar **VINCULADO** con el N° del RUC del proveedor a efectos de proceder al pago.



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

UNIDAD DE
LOGISTICA



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DECLARACIÓN JURADA DE VINCULACION LABORAL

Yo, _____, Identificado (a) con DNI
N° _____, domiciliado(a) en _____, del
Departamento _____, Provincia _____, Distrito _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO*:

Que, no estoy vinculado/a laboralmente a otra entidad pública o privada, bajo ninguna modalidad que no me permita ejercer legalmente y físicamente el trabajo que se me asigne.

Que, estoy vinculado/a laboralmente a otra entidad pública o privada, comprometiéndome a presentar la carta de renuncia irrevocable, antes de la suscripción del contrato.

Soy personal médico y/o profesional de la salud con especialidad, y la cual me permite brindar mis servicios en dos instituciones del Estado.

(LEY N° 32145 DE REFORMA CONSTITUCIONAL DEL ARTÍCULO 40 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ PARA HABILITAR EL DOBLE EMPLEO O CARGO PÚBLICO REMUNERADO AL PERSONAL MÉDICO O ASISTENCIAL DE SALUD)

Manifiesto que lo mencionado corresponde a la verdad de hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso me sujeto a los alcances de lo establecido en el Art. 438° del Código Penal.

Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

* Marcar con una **X** en el recuadro según corresponda a su caso particular