

COMUNICADO N° 0500- 2025

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION SERVICIOS DE UN PROFESIONAL CIRUJANO DENTISTA.....()

PARA:

- EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO..... ()

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@redsaludcce.gob.pe, CUYA PROPUESTA (COTIZACION, CURRICULUM 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 | 02/10/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 03/10/2025 |

NOTA:

ESCRIBIR EN EL ASUNTO:

EJEMPLO: CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA:
PROFESIONAL CIRUJANO DENTISTA.....()

- PARA: EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO ()

EN CASO DE PRESENTARSE EN MÁS DE UNA CONVOCATORIA POR LOCACION DE SERVICIOS PARA EL MISMO LUGAR Y LA MISMA CONVOCATORIA, **NO SE LE CONSIDERA** LA POSTULACION SI SE PRESENTARA A LAS DOS O MAS CONVOCATORIAS CON EL MISMO FIN DEL SERVICIO Y EL MISMO LUGAR.

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

EL ENVIO DEL CV ES PERSONAL, NO SE ACEPTARÁ, CORREOS DE TERCEROS.





UNIDAD EJECUTORA: 401. SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

RUC : 20527179221

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

TELEFONO : 084-352765

CORREO ELECTRONICO : logistica@redsaludcce.gob.pe

SOLICITUD DE COTIZACION

Numero Cotizacion: **0802-2025**

DOC. REQ. : **4932**

INFORME N° 2379-2025 G R CUSCO/GRSCAU E 401/RSCCE/DAIS/J
INFORME N° 063-2025 G R CUSCO/GRSCAU E 401/RSCCE/DAIS/ESSABU

FECHA **1/10/2025**

RAZON SOCIAL: _____
 RUC: _____ TELEFONO FIJO: _____
 DIRECCION: _____ TELEFONO MOVIL: _____
 CORREO ELECTRONICO : _____
 CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA CCI: _____ 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 ESPECIALIZADO EN ODONTOLOGIA					
	Precio por Entregable					
001	CONTRATACION DE SERVICIO POR LOCACION DE SERVICIO DE PROFESIONAL CIRUJANO DENTISTA() LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIO: PARA EL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO() SE ADJUNTA TERMINOS DE REFERENCIA	03 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. Garantía 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 (32069), 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°32069)

V°B° 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 ATENCIÓN MEDICA EN ODONTOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD DESCANSO

1. ÁREA USUARIA SOLICITANTE Y A QUE UNIDAD EJECUTORA PERTENECE

Dirección de Atención Integral de Salud – Programa Presupuestal de Enfermedades No Transmisibles, Estrategia Sanitaria de Salud Bucal de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN:

Contratación de Servicios por Terceros, para la Atención Medica en Odontología en el Centro de Salud DESCANSO, de la Microred DESCANSO, de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

- **Objetivo de la Contratación:**

Contrato mediante la modalidad de locación de servicios de (01) UN Cirujano Dentista, a fin de garantizar la atención odontológica en los diferentes cursos de vida, ya sea tratamientos preventivos, recuperativos y especializados a usuarios de la jurisdicción del establecimiento de salud denominado, Centro de Salud DESCANSO que se encuentra bajo el ámbito de la U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar, lo cual contribuirá a disminuir y/o evitar la presencia de enfermedades en el sistema estomatognático.

- **Finalidad Pública:**

Es la atención en el Centro de Salud DESCANSO, a través de la evaluación, diagnóstico y Tratamiento odontológico en diferentes etapas de vida, con el fin de lograr disminuir el índice CPOD y ceod, que mide la prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal.

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

3.1 **ACTIVIDADES:**

El locador de servicios, profesional Cirujano Dentista, realizara las actividades que se detallan a continuación:

- a. Ejecutar actividades de diagnóstico y tratamientos odontológicos en pacientes de todos los cursos de vida.
- b. Ejecutar actividades odontológicas preventivas y recuperativas dirigidas a la atención de pacientes de acuerdo con las guías de atención establecidas.
- c. Elaborar de manera adecuada el registro de la historia clínica, odontograma, prescripción de recetas, citas, HIS, Formatos Únicos de Atención (FUA) y otros relacionados con la atención.
- d. Instruir en el cuidado oral de niños, adolescentes, gestantes, jóvenes, adultos y adultos mayores, reduciendo el índice de morbilidad dental y complicaciones originadas en el sistema estomatognático.
- e. Participar en campañas y actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la Salud Bucal de la Población.
- f. Otras actividades inherentes relacionadas con el objeto de la contratación.
- g. Desarrollo de programas de capacitación.
- h. Otras funciones que le asigne su jefe Inmediato Superior.





3.2 PROCEDIMIENTOS:

La prestación del servicio se realizará bajo los siguientes procedimientos:

- Según programación horaria – turnos programados del CS. DESCANSO.
- Buen trato, empatía, amabilidad, respeto e información apropiada al paciente y familiares.
- Registro obligatorio de atenciones odontológicas, HIS, procedimientos, interconsultas y otros en la Historia Clínica y Odontograma.
- Registro Obligatorio de los FUAs y de existir correcciones, el levantamiento de observaciones deberá hacerse antes del cumplimiento de contrato.
- Cumplimiento y observancia estricta de las medidas de bioseguridad y prevención de todo evento adverso durante los procesos de atención a los pacientes.

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 Red de Salud Canas Canchis Espinar, a través del Centro de Salud 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 DE CIRUJANO DENTISTA

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO
Brindar Atención Odontológica Integral en los Servicios de Odontología en la Red de Salud CCE, identificar, diagnosticar y tratar, enfermedades prevalentes en la cavidad oral, programar y realizar actividades preventivas promocionales en la población, programar y realizar actividades recuperativas y de control en la población, realizar consejerías nutricionales a pacientes asegurados SIS, para disminuir de enfermedades Estomatológicas, elaborando tratamientos terapéuticos con enfoque cognitivo conductual, Holístico y Humanístico, implementando procesos y protocolos según normativa vigente bajo enfoque del Modelo del Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.
REQUISITOS OBLIGATORIO:
<ul style="list-style-type: none"> - Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA - Resolución de Termino SERUMS - Constancia de Habilitación de Colegio Profesional vigente - Copia de DNI - RUC vigente, activo y habido. - Contar con Registro Nacional de Proveedores – Servicios (RNP-OSCE) activo y vigente a la fecha de 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



COMPETENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación empática y promover relaciones interpersonales positivas. - Manejo de programas informáticos.
NOTA ACLARATORIA DE CALIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - EN CASO DE EMPATE EN DOS O MAS VALORES DE COTIZACIÓN, SE TOMARÁ EN CUENTA EL TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PUBLICO (MINSA)

4. RESULTADOS ESPERADOS (PRODUCTOS ENTREGABLES)

Como productos entregables, el proveedor deberá presentar informes en cada entregables, describiendo las tareas efectuadas de acuerdo a las actividades descritas en el numeral 3.1 del presente Termino de Referencia., conforme a la siguiente:

ACTIVIDADES	META	FUENTE DE VERIFICACION
Examen Estomatológico	20	HIS
Instrucción de Higiene Oral (cierre de paquetes)	20	HIS
Asesoría Nutricional para el control de enfermedades dentales (cierre de paquetes)	20	HIS
Aplicación de Sellantes (cierre de paquetes)	20	HIS
Aplicación de Flúor Barniz (cierre de paquetes)	20	HIS
Aplicación de Flúor Gel	10	HIS
Profilaxis Dental (cierre de paquetes)	10	HIS
Raspaje Dental	10	HIS
Debridación de procesos infecciosos	5	HIS
Exodoncia simple	10	HIS
Restauraciones dentales con Ionómero de Vidrio	10	HIS
Restauraciones dentales con Resina	20	HIS
Telemonitoreo	5	Teleatiendo
Teleinterconsulta	1	Teleatiendo

4.1 LUGAR Y PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

- a. **LUGAR:** Centro de Salud DESCANSO

UBICACIÓN:

DEPARTAMENTO: CUSCO

PROVINCIA: CANAS

DISTRITO: KUNTURKANKI

- b. **PLAZO** El personal contratado se obliga a prestar las actividades descritas en los presentes términos de referencia por un periodo de 03 entregables, según el siguiente detalle:
- Primer entregable hasta los 25 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
 - Segundo entregable hasta los 50 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
 - Tercer entregable hasta los 75 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 C.S 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 Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal, 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 de servicio de odontología y/o 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 Termino 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 articulo 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 del informe del Jefe del Establecimiento de Salud y visado por la Jefatura de Microred donde se brindó el servicio, en un plazo no mayor de tres (03) días hábiles, de acuerdo al entregable presentado.

13. FORMA DE PAGO:

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

- Informe de actividades realizadas con visto bueno del jefe de Establecimiento de Salud y visado de Jefatura de Microred.
- Conformidad de la prestación del servicio con los vistos buenos del Jefe del Establecimiento de Salud y coordinador de la Estrategia de Salud Bucal.
- 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 Usuaria

19. OTRAS OBLIGACIONES

El personal contratado de salud se sujeta a cumplimiento de las normativas vigentes en materia de salud bucal.

20. TECHO PRESUPUESTAL

Para el presente proceso se considerará un techo presupuestal de S/ 18,900.00 (dieciocho mil con novecientos soles) para el total del periodo de los tres entregables.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
F. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
C.D. Julio César Coballero Apaza
COP 27039
COORDINADOR

ANEXO N°01

DECLARACION JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:
UNIDAD DE LOGISTICA
UE 401 CANAS CANCHIS ESPINAR

Presente. -

El (la) que suscribe.....
identificado(a) con número de DNI, Representante legal de la empresa
.....con RUC N°.....activo
y habido, con correo electrónico válido para cualquier notificación :
.....DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- a) Que soy responsable de la veracidad de los documentos que adjunto a la presente para la contratación, siendo de mi entera responsabilidad su autenticidad, por lo que en caso de su cuestionamiento me someto a las responsabilidades civiles, administrativas y/o penales que se generen al respecto.
- b) Que cumpla con todos los extremos de los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda, que cuento con stock suficiente y a su libre disposición para atender la contratación, y me someto a cualquier indagación posterior a la contratación que sea necesaria.
- c) Que no percibo ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano (Institución Pública o Empresa del Estado) y no me encuentro incurso dentro de la prohibición de la doble percepción e incompatibilidad de ingresos. Que conozco que las únicas excepciones las constituyen la percepción de ingresos por función docente efectiva y la percepción de dietas por participación en uno (1) de los directorios de entidades o empresas estatales o en Tribunales Administrativos o en otros órganos colegiados.
- d) Que no tengo ningún impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 30 de la Ley N°32069 "Ley General de Contrataciones Públicas".
- e) Que no cuento con inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado al amparo de lo dispuesto por el artículo 263° del TUO de la Ley N°27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
- f) Que no me encuentro en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- g) Que no cuento con antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
- h) Que me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como de respetar el principio de legalidad.
- i) Que conozco lo establecido en el artículo 228° del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas, valga decir, cuento con RNP y pertenezco al rubro objeto de la contratación.
- j) Que de ser seleccionado para la contratación, me comprometo a mantener mi oferta en su integridad hasta el pago correspondiente.
- k) Que me someto a las sanciones contenidas en la Ley General de Contrataciones Públicas "Ley 32069 y su Reglamento", así como el TUO de Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N°27444, cuando corresponda.
- l) Que autorizo ser notificado a mi correo electrónico señalado en la etapa de ejecución contractual (en caso resulte ganador de la buena pro), bajo mi responsabilidad.
- m) Que me comprometo a no divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de UE 401 Canas Canchis Espinar, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
- n) Que no soy propietario, socio, representante legal, gerente general y no tengo vínculo con otra empresa que cotiza por el mismo objeto de la contratación, al que me presento.





- o) Que autorizo que los pagos a nombre de mi representada sean abonados en la cuenta que corresponde al CCI y Banco señalados en el presente documento. Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato, queda 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 líneas arriba.
- p) Que mi cuenta interbancaria CCI (cuenta corriente) y detracción, se encuentra activa, valida y vinculada a mi RUC, siendo esta de mi entera responsabilidad.
- q) Que consigno válidamente el número del CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 números) del BANCO:.....

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

- r) Que consigno válidamente el número de DETRACCION que consta de (11 números) del BANCO:.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Sicuaní;.....

.....
Firma y sello del Proveedor



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

UNIDAD DE
LOGÍSTICA



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