



PERÚ

GOBIERNO REGIONAL PASCO

DIRESA PASCO

RED DE SALUD OXAPAMPA

OFICINA DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA



Unidos para Avanzar



" Año de la unidad, la paz y el desarrollo "

ANEXO N°01

CONTRATACIÓN POR LOCACIÓN DE SERVICIO DECRETO SUPREMO N° 009-2023-S.A.

PROCESO DE SELECCIÓN N° 001 -2023-RSO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: _____

Director de la Red de Salud Oxapampa

Señor Director: _____

Yo, _____

Identificado con DNI N° _____ Domiciliado en: _____

_____ Provincia _____ Región _____

Que, teniendo conocimiento del concurso para la contratar bajo la modalidad de locación de servicios DECRETO SUPREMO N° 009-2023 S.A. según proceso de selección N° _____ -2023-RSO, solicito se me inscriba para postular como: _____ sede: _____

Oxapampa, de junio del 2023

Firma: _____

Nombre: _____

DNI: _____





PERÚ

GOBIERNO REGIONAL PASCO

DIRESA PASCO

RED DE SALUD OXAPAMPA

OFICINA DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA



Unidos para Avanzar



* Año de la unidad, la paz y el desarrollo *

ANEXO N° 02

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____

Identificado con DNI N° _____ Domiciliado en: _____

_____ Provincia _____ Región _____

DECLARO BAJO JURAMENTO:



Que, a la fecha **NO ME ENCUENTRO INHABILITADO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO**, y que en caso de transgredir a lo declarado me someto a lo dispuesto en la Ley N° 27444 – Ley General de procedimientos administrativos.

Con el fin de acreditar lo declarado en la presente procedo a firmar este documento.



Oxapampa, de junio del 2023



Huella digital

Firma





PERÚ

GOBIERNO REGIONAL PASCO

DIRESA PASCO

RED DE SALUD OXAPAMPA

OFICINA DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA



Unidos para Avanzar



* Año de la unidad, la paz y el desarrollo *

ANEXO N° 03

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____

Identificado con DNI N° _____ Domiciliado en: _____

_____ Provincia _____ Región _____

DECLARO BAJO JURAMENTO:



Que, a la fecha **NO TENGO ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES, NI JUDICIALES**, y que en caso de transgredir a lo declarado me someto a lo dispuesto en la Ley N° 27444 – Ley General de procedimientos administrativos.

Con el fin de acreditar lo declarado en la presente procedo a firmar este documento.



Oxapampa, de junio del 2023



Huella digital

Firma





PERÚ

GOBIERNO REGIONAL PASCO

DIRESA PASCO

RED DE SALUD OXAPAMPA

OFICINA DE SALUD PÚBLICA E INTELIGENCIA SANITARIA



Unidos para Avanzar



" Año de la unidad, la paz y el desarrollo "

CARTA DE AUTORIZACION

Oxapampa, del 2023.

Señores

ATENCION INTEGRAL SALUD UTES OXAPAMPA

Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Usted que el número de CÓDIGO DE CUENTAINTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 NUMEROS) es:

Grid for CCI number with columns numbered 1 to 20.

BANCO:

Empty box for bank name.

(Indicar el nombre del Banco o Caja)

PROVEEDOR:

Empty box for provider name.

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

RUC N°

Grid for RUC number.

Asimismo, dejo constancia que la factura a ser emitida por el suscrito (o mi representada) una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

NOTA: - EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO UNICAMENTE CON EL RUC

