

SE INVITA A COTIZAR A PROFESIONALES:

(12) QUIMICO FARMACEUTICOS PARA CUBRIR LOS SERVICIOS EN:

- 04 Almacén Especializado de Medicamentos – DEMID
- 01 Farmacovigilancia-AURM
- 02 Red de Salud Chiclayo;
- 01 C.S. Posope Alto
- 01 C.S. Toribia Castro;
- 01 C.S. Reque
- 01 Red de Salud Lambayeque
- 01 C.S. Olmos

REQUISITOS DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO PARA QUIMICO FARMACEUTICOS

- Contar con título de Químico Farmacéutico.
- Contar con colegiatura y habilidad vigente.
- Contar con resolución de Terminación de SERUMS.
- Curso de Ofimática.
- Curso de BPA.
- Curso de BPDT.
- Conocimiento de Ofimática
- Conocimiento en Temas Administrativos
- Experiencia mínima de dos (02) años en el sector público y/o privado.
- La acreditación deberá realizarlo mediante copia de constancias y/o certificación de trabajo y/u otros documentos que acrediten fehacientemente la experiencia laboral.
- Registro Nacional de Proveedores
- Ficha RUC
- Suspensión de cuarta categoría SUNAT.

(23) TECNICO EN FARMACIA PARA CUBRIR LOS SERVICIOS EN:

- 13 Almacén Especializado de Medicamentos - DEMID
- 01 Almacén Biológicos
- 01 Farmacovigilancia-AURM
- 01 C.S. Jose Leonardo Ortiz
- 01 C.S. La Victoria II
- 01 P.S. San carlos
- 01 C.S. Morrope
- 01 C.S. Chongoyape
- 01 C.S. Jorge Chavez
- 01 C.S. Salas
- 01 C.S. Colaya

REQUISITOS DEL PROVEEDOR DEL TECNICO EN FARMACIA

- Título de Técnico en Farmacia.
- Capacidad de liderazgo y responsabilidad.
- Experiencia en Temas Administrativos
- Conocimiento en BPA
- 2 años de experiencia Sector Público y/o Privado.
- Conocimientos en Ofimática: Word, Excel, Powers Point, Internet a nivel básico.  
(Indispensable)



- Contar con número de RUC otorgado por SUNAT.
- Constancia de RNP.
- Formulario de Suspensión de 4ta Categoría otorgado por SUNAT.

**(DEJAR SU CV + ANEXOS LOS DIAS 26 Y 27 DE ABRIL DEL 2023 EN MESA DE PARTE DEBIDAMENTE FOLEADO HASTA LAS 2:30 PM)**



**ANEXO N° 04 - 2023**

**COTIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR**

1	FECHA DEL DOCUMENTO		
2	DATOS DEL PROVEEDOR	NOMBRE DE CONVOCATORIA/ OFICINA A PRESENTARSE	
		APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROVEEDOR	
		FECHA DE NACIMIENTO	
		DNI	
		RUC	
		DIRECCIÓN	
		CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIA	
		TELÉFONO	
		CORREO ELECTRÓNICO	
3	COTIZACIÓN		
	3.1	Descripción del objeto de la contratación (bien o servicio	
	3.2	Monto total cotizado	
	3.3	Detallar documentación	
4	<p><u>Declaración jurada del proveedor</u> •</p> <p>ACEPTO y me comprometo a mantener vigente 'esta oferta y a perfeccionar la orden de compra o servicio, en caso resultara favorecido con la buena pro, así como a cumplir con las especificaciones técnicas o términos de referencia del bien o servicio a contratar.</p> <p>Asimismo, declaro no encontrarme impedido para contratar con el Estado, con forme al artículo 11 de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado, así como que conozco las sanciones contenidas en dicha Ley, su Reglamento y la Ley N°27444, Ley de Procedimiento Administrativo General</p>		
5	Cumplimiento de las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda. (Esta sección la registra la Oficina de Logística.	Sí Cumple	
		No Cumple	
6	Nombre, Firma y sello del Proveedor.		
INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE FORMATO			
INFORMACIÓN A CONSIGNAR			
1	REGISTRAR LA FECHA DE EMISIÓN DE LA COTIZACIÓN.		
2	EL PROVEEDOR DEBE REGISTRAR SUS DATOS GENERALES.		
3	EL PROVEEDOR DEBE SEÑALAR LA DESCRIPCIÓN DE OBJETO DE CONTRATACIÓN, REGISTRAR EL MONTO TOTAL QUE COTIZA, ASÍ COMO DETALLAR LA DOCUMENTACIÓN USESAFF T3COFZACIÓN DETALLADA, FOLLETOS, CATÁLOGOS, ENTRE OTROS, DE SER EL CASO.		
4	EL TEXTO DE LA DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR NO DEBE SER MODIFICADO.		
5	ESTA SECCIÓN LA REGISTRA LA OFICINA DE LOGÍSTICA, PARA LA EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS O TÉRMINOS DE REFERENCIA, SEGÚN CORRESPONDA.		
6	PRECISAR EL NOMBRE, FIRMA SELLO DEL PROVEEDOR.		

## DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO - 2023

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_, RUC: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD/DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE DECLARACIÓN: \_\_\_\_\_ DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_  
VINCULO CON LA ENTIDAD: NOMBRADO (  ), CAS (  ), CONTRATADO (  )

### DECLARO QUE AL MOMENTO DE SUSCRIBIR EL PRESENTE DOCUMENTO:

Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales:

1. Ley N° 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.
2. Decreto supremo N° 021-2000-PCM, publicado el 30.07.00, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26771.
3. Decreto Supremo N° 017-2002-PCM, publicado el 08.03.02, que modifica el Reglamento de la Ley N° 26771.
4. Decreto Supremo N° 034-2005-PCM, publicado el 07.05.05, que modifica el Reglamento de la Ley N° 26771 y dispone el otorgamiento de la Declaración Jurada para prevenir casos de nepotismo.
5. He cumplido con revisar el LISTADO DE TRABAJADORES A NIVEL NACIONAL proporcionado por la Entidad en el enlace <http://www.minsa.gob.pe/portaldetransparencia/personal/ltminsa.asp> del Portal del Ministerio de Salud y he agotado las demás verificaciones y corroboraciones necesarias.
6. En consecuencia, DECLARO BAJO JURAMENTO que. (indicar SÍ (  ) o NO (  ), tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal, con trabajado(es) del Ministerio de Salud.
7. 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)	_____		
d)	_____		

LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SE FORMULA EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 4-A DEL REGLAMENTO DE LA LEY N° 26771, INCORPORADO MEDIANTE DECRETO SUPREMO N° 034-2005-PCM.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DECLARANTE  
DNI N° \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA - 2023

### DE MI CONSIDERACIÓN:

EL QUE SUSCRIBE: \_\_\_\_\_, IDENTIFICADO CON DNI N° \_\_\_\_\_,  
CON RUC N° \_\_\_\_\_, DOMICILIADO EN \_\_\_\_\_, EN MI  
CALIDAD DE POSTULANTE A LA CONVOCATORIA \_\_\_\_\_ BAJO LA MODALIDAD DE  
LOCACIÓN DE SERVICIOS –SNP DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LAMBAYEQUE – GERESA.

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. Si El o (La) postulante ganador DECIDE RENUNCIAR U ABANDONAR SU TRABAJO SIN PRESENTAR DOCUMENTACIÓN HASTA 10 DÍAS DESPUÉS DE HABER GANADO NO SE LE CANCELARA LOS DÍAS LABORADOS Y TAMPOCO SE LE TENDRÁ EN CUENTA PARA PRÓXIMAS CONVOCATORIAS.
2. No estar inhabilitado administrativamente para el ejercicio de la profesión, por su colegio profesional.
3. No estar inhabilitado para contratar con el Estado,
4. No estar inhabilitado para desempeñar una función pública.
5. No encontrarse en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles.
6. No encontrarse en el REDAM
7. No encontrarse en juicios con el estado peruano, entendiéndose los Poderes del Estado, los gobiernos regionales y locales.
8. No encontrarse en juicio por delito contra el patrimonio, libertad sexual, violencia contra la mujer y los integrantes grupo familiar de la inhabilitada administrativa o judicialmente para el ejercicio de la profesión, para contratar con el Estado o desempeñar una función pública.
9. Que no he sido sancionado administrativamente en los cinco (05) años anteriores a mi postulación, ni tengo procesos judiciales por delitos dolosos al momento de mi postulación y no registro antecedentes penales.
10. Que conozco, acepto y me someto a las condiciones del contrato, en caso ser seleccionado para brindar el servicio.
11. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para el presente proceso de selección y para efectos de la suscripción del contrato correspondiente.
12. **QUE CONOZCO QUE "NINGÚN EMPLEADO PÚBLICO PUEDE PERCIBIR DEL ESTADO MÁS DE UNA REMUNERACIÓN, RETRIBUCIÓN, EMOLUMENTO O CUALQUIER OTRO TIPO DE INGRESO (INCLUYENDO PENSIÓN DEL ESTADO)".**
13. Que no incurro ni incurriré en ninguna prohibición establecida por la normativa nacional, respecto a la doble percepción de ingresos por parte del Estado.
14. Contar con sus 03 dosis vacunas contra el COVID.

Por lo que me someto a las acciones administrativas, civiles y penales en caso de inexactitud o falsedad.

Chiclayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DECLARANTE

DNI N°