

A. SECUENCIA ESTABLECIDA PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS PARA EL PROCESO DE LA CONVOCATORIA DEBIDAMENTE FOLIADO.

1. SEPARADOR 01

- Formato N°06 Cotización
- Formato N°07 Declaración jurada del proveedor
- Formato N°08 Declaración jurada sobre impedimentos para contratar
- Formato N°09 Declaración jurada para prevenir casos de nepotismo
- Formato N°10 Declaración jurada sobre prohibiciones e incompatibilidades.
- Formato N°11 Carta de autorización

2. SEPARADOR 02

- Copia simple de Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Copia del Registro Único de Contribuyente (RUC) con estado del contribuyente activo y condición habido.
- Copia de la suspensión de 4ta. Categoría.
- Copia del Registro Nacional de Proveedores (RNP)
- Copia del Código de Cuenta Interbancaria (CCI) - Cuenta relacionada al número de RUC.

3. SEPARADOR 03

- Formato N°01: Hoja de vida
- Currículo vitae documentado

4. SEPARADOR 04

- Copia de consulta REDAM, por medio del siguiente link <https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/>
- Copia de consulta REDERECI, por medio del siguiente link <https://redjum.pj.gob.pe/redjum/#/>
- Copia de no tener impedimentos de contratar con el Estado (No encontrarse en la relación de proveedores sancionados por el Tribunal de Contrataciones de Estado con sanción vigente y en el Registro Nacional de Sanciones contra servidores civiles (RNSSC)-SERVIR), por medio del siguiente link <https://www.sanciones.gob.pe/rnssc/#/transparencia/acceso>
- Formato N° 3: Formato de Declaración de no tener antecedentes policiales, judiciales ni penales y Declaración jurada simple de tener buena salud.
- Formato N° 4: No contar con inhabilitación, sanciones o percibir otros ingresos. No tener impedimentos de contratar con el Estado (No encontrarse en la relación de proveedores sancionados por el Tribunal de Contrataciones de Estado con sanción vigente)

B. DEL MODELO DEL ROTULO PARA LA PRESENTACION DE EXPEDIENTES.

El sobre que contiene los documentos solicitados deberá llevar el siguiente rótulo

SEÑORES

RED INTEGRADA DE SALUD JAÉN

Proceso de convocatoria para Inspector de Campo

Apellidos:

Nombres:

Número de DNI: **Numero de RUC:**

Domicilio actual:

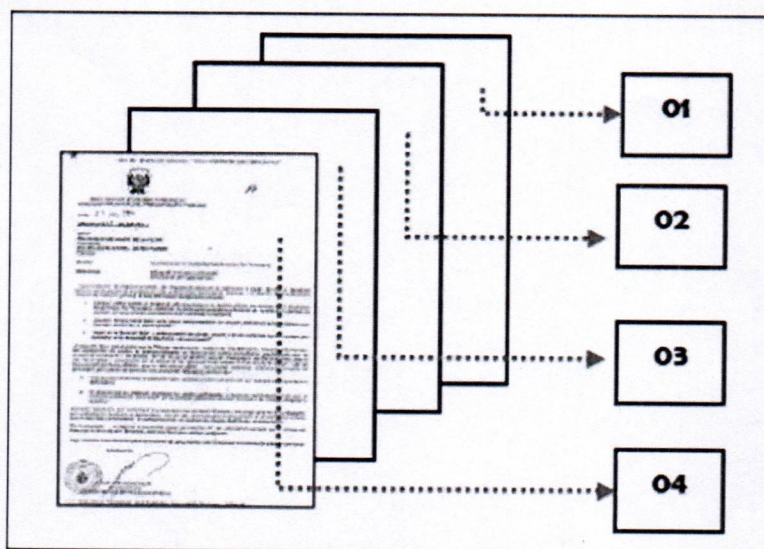
Teléfono: **Fecha de presentación:**

FOLIOS..... **FIRMA**.....

Atención Logística

C. DEL MODELO DE FOLIACIÓN

El postulante deberá tener en cuenta el siguiente MODELO DE FOLIACIÓN



Los documentos anteriormente señalados, en su totalidad, deberán ser presentados en la Mesa de Partes de la Red Integrada de Salud Jaén, dentro de la fecha y hora señalada en la convocatoria.

En esta etapa se verificará lo informado por el postulante en términos de si cumple o no con los requisitos mínimos del perfil del puesto consignado en el requerimiento.

FORMATO N° 06
COTIZACION

Señores
DEC
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN

Presente. -

Ref.: Solicitud de Cotización – -----

Estimados señores:

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber examinado y aceptar en su integridad las especificaciones técnicas y/o términos de referencia proporcionadas por el DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN, me comprometo a ejecutar íntegramente la prestación, conforme a las condiciones y plazos establecidos. Adjunto para tal efecto la siguiente oferta económica:

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1				
2				
TOTAL				

GARANTIA (De corresponder):	
PLAZO DE ENTREGA/ EJECUCIÓN:	

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien ofertado. En tal sentido, La Entidad no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Esta oferta es válida y firme por un período mínimo de treinta (30) días calendario, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por La Entidad en cualquier momento antes de que expire el periodo indicado.

LUGAR Y FECHA: -----

NOMBRE Y APELLIDOS (COMPLETOS)
/ RAZON SOCIAL/CARGO: RUC:

FORMATO N° 07
DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores
DEC
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN

Presente. -

Datos del Declarante:

Nombres y Apellidos/Razón Social:			
DNI:		RUC:	
Dirección de Notificación:			
Nombre de contacto:			
Telf. Fijo/Móvil:			
Correo Electrónico:			

El declarante, en amparo al Principio de presunción de veracidad del artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, DECLARA BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Me obligo a cumplir con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda.
3. Me obligo a no divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa del Gobierno Regional de Cajamarca, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o 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, durante y después de concluida la contratación.
4. Autorizo a ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte ser seleccionado como proveedor, en la etapa de ejecución contractual, a la dirección electrónica señalada.
5. Conozco las sanciones contenidas en la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.
6. He tomado conocimiento de la DIRECTIVA N° 14-2019-GR.CAJ-GGR/SG - NORMA LOS MECANISMOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE DENUNCIAS CONTRA SERVIDORES PÚBLICOS QUE VULNEREN LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE ÉTICA, CONDUCTA O EJECUTEN ACTOS DE CORRUPCIÓN.
7. He tomado conocimiento de la DIRECTIVA N° 01-2025-GR.CAJ-DRA-DA- DIRECTIVA QUE REGULA EL PROCEDIMIENTO PARA LOS CONTRATOS MENORES.

8. Mantener una conducta proba e íntegra en todas las actividades del proceso de contratación, lo que supone actuar con honestidad y veracidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente, así como denunciar los actos de corrupción, inconducta funcional, conflicto de intereses u otro de naturaleza similar, respecto de lo cual tuviera conocimiento.
9. Abstenerme de ofrecer, dar o prometer regalos, cortesías, invitaciones, donativos u otros beneficios similares, a funcionarios o servidores públicos de la dependencia encargada de las contrataciones y en general al personal del Gobierno Regional de Cajamarca.

LUGAR Y FECHA: -----

**NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:**

FORMATO N° 08
DECLARACIÓN JURADA SOBRE IMPEDIMENTOS PARA CONTRATAR

Señores
DEC
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN

Presente. -

Datos del Declarante:

Nombres y Apellidos/Razón Social:			
DNI:		RUC:	
Dirección de Notificación:			
Nombre de contacto:			
Telf. Fijo/Móvil:			
Correo Electrónico:			

Declaro bajo juramento cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N°009-2025-EF y artículos 43 y 44 de su Reglamento, a lo que se refiere:

1. **Impedimentos En Razón de Parentesco:** aplicables a los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad, lo que incluye al cónyuge, al conviviente y al progenitor del hijo de los impedidos referidos en el numeral 1 del párrafo 30.1 del artículo 30 de la presente ley, los cuales están detallados en los Tipo 2.A, 2.B, 2.C, 2.D Y 2.E de la Ley N° 32069- Ley General de Contrataciones Públicas.
2. **Impedimentos Para Personas Jurídicas:** El alcance del impedimento para contratar con el Estado obedece a las siguientes precisiones, detalladas en los Tipo 3.A, 3.B, 3.C, 3.D, 3.E, 3.F y 3.G de la Ley N° 32069 - Ley General de Contrataciones Públicas.
3. **Impedimentos Derivados de Sanciones Administrativas, Civiles y Penales, o por la Inclusión de Otros Registros:** El alcance del impedimento para contratar con el Estado obedece a las siguientes precisiones detallados en los Tipo 4.A, 4.B, 4.C y 4.D de la Ley N° 32069 Ley General de Contrataciones Públicas

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Asimismo, me comprometo a comunicar a la Entidad, formalmente y por escrito, cualquier variación de la información declarada en el presente documento, en un plazo máximo de un día hábil de producida la situación que origine la variación.

LUGAR Y FECHA: -----

**NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:**

FORMATO N° 09

DECLARACION JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Apellidos:		Nombres:	
Documento de Identidad:		Dependencia:	
Domicilio			
Provincia/Departamento:		Fecha de Declaración:	/ /

Declaro que al momento de suscribir el presente documento:

1. Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales:
 - a) Ley N° 26771, Establecen prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público, en casos de parentesco.
 - b) Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, Aprueban Reglamento de la Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público, en casos de parentesco.
 - c) Decreto Supremo N° 017-2002-PCM, Modifican Reglamento de la Ley que estableció prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público, en casos de parentesco.
 - d) Decreto Supremo N° 034-2005-PCM, Disponen otorgamiento de Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo.
2. He cumplido con revisar el LISTADO DE TRABAJADORES proporcionado por la Entidad en el enlace:
https://www.transparencia.gob.pe/personal/pte_transparencia_personal.aspx
del Portal de la DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN y he agotado las demás verificaciones y corroboraciones necesarias.
3. En consecuencia, DECLARO BAJO JURAMENTO (Marcar Si o No, según corresponda), que:

SI	
NO	

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal, con trabajador(es) de la DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN

4. 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:		Nombres:	
Dependencia		Parentesco:	

Apellidos:		Nombres:	
Dependencia		Parentesco:	

(...)

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.

LUGAR Y FECHA: -----

**NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:**

FORMATO N° 10
DECLARACION JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES

Datos del Declarante:

Nombres y Apellidos/Razón Social:			
DNI:		RUC:	

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N° 31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:
- Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
 - No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.
- b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N° 31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.
- c) No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N° 31564.

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

LUGAR Y FECHA: -----

NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:

FORMATO N° 11
CARTA DE AUTORIZACION
(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Señores
DEC
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN
Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Estimados señores:

Por el medio del presente, autorizo a usted el pago de abonos en cuenta al siguiente Código de Cuenta Interbancario (CCI) en SOLES:

N.º de Cuenta Interbancaria (CCI) (20 dígitos)	
Entidad Bancaria	
Nombre completo del titular	
RUC del titular	

Asimismo, dejo constancia que la factura a ser emitida, una vez cumplida o atendida la correspondiente orden de compra, orden de servicio o contrato, queda 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

Atentamente,

LUGAR Y FECHA: -----

NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:

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

FORMATO N° 01

HOJA DE VIDA

I. DATOS PERSONALES:

Nombres y Apellidos :
Lugar y Fecha de Nacimiento :
Estado Civil :
Tipo de Documento de Identidad :
Número de Documento de Identidad :
Registro Único de Contribuyentes :
Dirección :
Distrito :
Provincia :
Departamento :
Número de Celular :
Correo electrónico :
Colegio Profesional Registro N° :
Persona con Discapacidad N° CONADIS : SI () NO ()
Licenciado en las fuerzas armadas : SI () NO ()

II. ESTUDIOS REALIZADOS:

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo detallado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio correspondiente:

GRADO O TÍTULO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO	CIUDAD/PAÍS	N° DE FOLIOS

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

III. CURSOS O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio correspondiente.

TIPO	NOMBRE	CENTRO DE ESTUDIOS	FECHA DE INICIO / FIN	CIUDAD/P AÍS	N° DE FOLIOS

IV. EXPERIENCIA LABORAL:

a) Experiencia Laboral:

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio correspondiente.

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	TIEMPO EN EL CARGO	FOLIOS

(*) Para el cálculo final del tiempo de experiencia se ha considerado: 1 año =365 días, 01 mes= 30 días

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y en caso lo consideren necesario autorizo su investigación, sometiéndome a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

Firma	Huella

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

FORMATO N° 03

DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y DE BUENA SALUD

Yo;, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad N°, con domiciliado en

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, gozo de buen estado de salud física y mental.

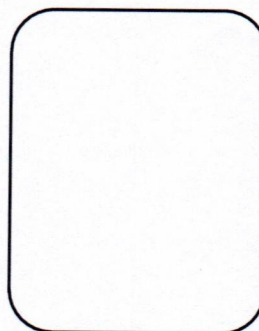
Asimismo, no tengo antecedentes policiales, penales ni judiciales.

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y del artículo 51° del TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Jaén, de setiembre del 2025.

Firma del Postulante

DNI N°



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

FORMATO 04

DECLARACION JURADA

Yo;, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad N°, con domicilio en:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

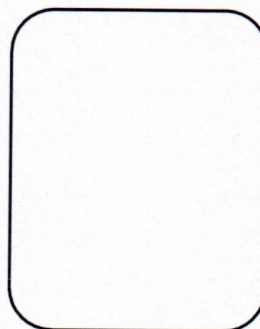
1. ☒ No encontrarse sancionado en ninguna entidad pública, de haberlo sido, deberá adjuntar su rehabilitación.
2. ☒ No encontrarse inhabilitado o sancionado por su colegio profesional, si fuere el caso.
3. ☒ No tener inhabilitación vigente en el Registro de Sanciones de Destitución y Despido, en los últimos doce meses anteriores al Concurso.
4. ☒ No tener sanción vigente en el Registro Nacional de Proveedores.
5. ☒ No percibir ingresos del Estado, bajo otra modalidad.
6. ☒ De compromiso de disponibilidad inmediata a la suscripción del contrato.

Asumo la responsabilidad civil y/o penal de cualquier acción de verificación posterior que compruebe la falsedad de la presente declaración jurada.

Jaén, de setiembre del 2025.

Firma del Postulante

DNI N°



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

CONTRATACION DE SERVICIO DE PERSONAL PROFESIONAL POR LOCACION DE SERVICIOS (INSPECTOR DE CAMPO) PARA ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA CALIDAD DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, PARA EL CONSUMO HUMANO, PARA LA DIRECCION DE SALUD AMBIENTAL DE LA RED INTEGRADA DE SALUD I JAEN

CONVOCATORIA			
ETAPAS DEL PROCESO		CRONOGRAMA	RESPONSABLE
1	Publicación de la Convocatoria en la Página de Facebook de la Red Integrada de Salud I Jaén	28 de noviembre	Oficina de Imagen Institucional
2	Presentación	28 de noviembre y 01 de diciembre	Tramite documentario
3	Evaluación, calificación y publicación	02 de noviembre	Área Usuaría
4	Notificación de la Orden de Servicio	03 de noviembre	Oficina de Logística
5	Inicio de actividades	04 de noviembre	Almacén de Desa

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMBIENTAL
RED INTEGRADA DE SALUD I JAEN
Pág. *Rafaelino Hernández Melica*
JEFE DE LA UNIDAD DE LOGISTICA
CIP 246395