

DECLARACION JURADA

El que suscribe, representante legal de

....., identificado con DNI N°

RUC N°, domicilio en

Declaro bajo juramento:

- 1.- No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el estado conforme al Artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- 2.- Conocer, Aceptar y Someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento en el presente.
- 3.- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- 4.- No haber incurrido y me obligo a no incurrir en acto de corrupción, así como respetar el principio de integridad.
- 5.- Comprometerse a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.
- 6.- conocer las sanciones contenidas en la ley de contrataciones con el estado y su reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley n° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

(CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA)

.....

.....
Firma, Nombres Y Apellidos del postor o
representante legal, según corresponda

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO

Yo,

.....
identificado con DNI N° con dirección
domiciliaria: en el
Distrito: Provincia: Departamento:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(NO) (SI) Tener conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (*con excepción de uno más por función docente, de acuerdo a lo señalado en el numeral 13.2 de la norma técnica).

(NO) (SI) Percibir otra remuneración a cargo del Estado

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

| | |
|--|--|
| Nombre de la Institución por la que percibe remuneración a cargo del Estado: | |
| Cargo que ocupa: | |
| Condición Laboral: | |
| Horario Laboral: | |
| Dirección de la institución: | |

(NO) (SI) Tener incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....

Firma
DNI



Huella

*Art. 40° de la Constitución Política del Perú y artículo 3 de la Ley N° 28175 Ley Marco del Empleo Público.
La información contenida en la presente declaración jurada será sujeta de control posterior a cargo de la UGEL, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.

**DECLARACION JURADA
DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES**

YO.....identificado (a) con
D.N.I. N° declaro bajo juramento que:

(Marcar con una X según corresponda)

- Que **NO** tengo pariente o cónyuge que labora y ejerza facultad de Nombramiento o Contratación de personal, así como tenga injerencia directa o indirecta en procesos de selección en la Gerencia Regional de Salud Moquegua y/o Gobierno Regional.

- Que **SI** tengo pariente o cónyuge que labora y ejerza facultad de Nombramiento o Contratación de personal, así como tenga injerencia directa o indirecta en procesos de selección en la Gerencia Regional de Salud Moquegua y/o Gobierno Regional.

Si marco el recuadro correspondiente al SI (precisar su (s) nombres (s) y que es para usted)

| <u>NOMBRES Y APELLIDOS</u> | <u>GRADO DE PARENTESCO</u> | <u>CARGO O POSICION</u> |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1.-..... | | |
| 2.-..... | | |
| 3.-..... | | |

LO QUE DECLARO BAJO JURAMENTO, CONFORME A LA LEY 27444 – DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO LEY 26771 Y SU REGLAMENTO APROBADO POR D.S. 021-2000 PCM, MODIFICADO POR D.S. N° 017-2002-PCM Y D.S. 034-2005-PCM

Moquegua, de del

.....
FIRMA

D.N.I. N°

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO

Yo,

.....
identificado con DNI N° con dirección
domiciliaria:..... en el
Distrito: Provincia: Departamento.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(NO) (SI) Tener conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (*con excepción de uno más por función docente, de acuerdo a lo señalado en el numeral 13.2 de la norma técnica).

(NO) (SI) Percibir otra remuneración a cargo del Estado

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

| | |
|--|--|
| Nombre de la Institución por la que percibe remuneración a cargo del Estado: | |
| Cargo que ocupa: | |
| Condición Laboral: | |
| Horario Laboral: | |
| Dirección de la institución: | |

(NO) (SI) Tener incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....

Firma
DNI



Huella

*Art. 40º de la Constitución Política del Perú y artículo 3 de la Ley N° 28175 Ley Marco del Empleo Público.
La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo de la UGEL, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.