

**DECLARACIÓN JURADA PARA PERSONAS NATURALES**

Lima,

Señores  
INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR-INCOR-ESSALUDPresente. -

Mediante la presente Yo.....**Guisella Victoria Talla Salinas**.....  
identificado con DNI N° .....43495296....., Con domicilio en: .....**Asoc. Trab. Establo**  
**MZ A LT 8**.....Nacionalidad .....**Peruana**....., DECLARO BAJO JURAMENTO  
que la siguiente información se sujeta a la verdad:

SI	NO	DECLARACION JURADA
x		Cuento con Registro Único de Contribuyente (RUC)
x		Me encuentro inscrito en el Registro Nacional de Proveedores (RNP)
	x	Registro antecedentes penales, ni policiales, suscribiendo la presente de conformidad a lo prescrito en el artículo 51 del texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS
x		Me encuentro inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles (REDERECI) y, por lo tanto, no cuento con ninguno de los impedimentos establecidos en el artículo 5 de la ley N° 30353, Ley que crea el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles (REDERECI) para acceder al ejercicio de la función pública y contratar con el Estado.
x		En caso que resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del código Penal, concordante con el artículo 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado por el Decreto Supremo N° 006-201-JUS
	x	Estoy inhabilitado para contratar con el estado, ni temporal, ni permanente, conforme lo establece el artículo 11 del Texto Único ordenado de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado, aprobado por Decreto Supremo N° 082-2019-EF.
x		Estoy de acuerdo y me comprometo a respetar los lineamientos establecidos en el artículo 138° del Reglamento de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado, aprobado por Decreto Supremo N°344-2018-EF, respecto a las cláusulas anticorrupción.
x		Trataremos la información recibida como estrictamente confidencial y privada y tomaremos todas las medidas del caso para preservar esta confidencialidad. Usaremos la información recibida con el único y exclusivo propósito de realizar la prestación, por lo que nos obligamos a no divulgar la información recibida a terceros, salvo autorización expresa, previa del Essalud. En caso nos veamos obligados legalmente o judicialmente a divulgar la información recibida, pondremos en conocimiento del Essalud este hecho antes de la divulgación de la información, a fin de que Essalud pueda tomar las acciones pertinentes para proteger la confidencialidad de la información, de ser el caso.



NOMBRES: Guisella Victoria Talla Salinas  
DNI: 43495296