

## DECLARACION JURADA

Señor Director de la Dirección Regional de Salud – Junín

.....

Presente.-

Yo, ..... con R.U.C./D.N.I. N°: .....  
(Nombres y Apellidos de la Persona Natural o Persona Jurídica)

Representante Legal del Establecimiento de Salud .....  
(Nombre Comercial)

domiciliado en el (la) .....  
distrito ....., provincia .....

Que cumpliendo con las disposiciones del D.S. N° 013–2006–SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” y normas conexas, declaro bajo juramento que garantizo la calidad y seguridad de la atención que ofrezco a mis pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda.

Los datos consignados y el servicio a brindar al paciente en la presente declaración jurada son verdaderos sometiéndome a los dispositivos legales prescritos en la ley N° 27444, ley del Procedimiento General Administrativo y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 063–2007–PCM en caso de falsedad.

Huancayo, ..... de ..... del .....

PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL EE.SS. O S.M.A.

Nombre: .....

DNI N°: .....