**DECLARACION JURADA DE RECEPCION, CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LA LEY DEL CODIGO DE ETICA DE LA FUNCION PUBLICA Y SU REGLAMENTO Y DEL CODIGO DE ETICA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE**

El que suscribe ……………………………………………………………., identificado con DNI N° ……………….. con domicilio en …………………………………….; en cumplimiento a lo dispuesto en la Directiva N° 001-2009-PCM-SGP “Reconocimiento a las prácticas de Buen Gobierno en las entidades del Poder Ejecutivo”, aprobada por Resolución Ministerial N° 050-2009-PCM, modificada por Resolución Ministerial N° 195-2012-PCM y lo dispuesto en el Código de Ética de la Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Este, DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

* Haber recibido de la Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Este, un ejemplar de la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 033-2005- PCM y del Código de Ética de la Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Este.
* Haber tomado conocimiento del contenido de dichas disposiciones, dejando constancia que comprendo en todos sus términos, principios, valores y prohibiciones que rigen la Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Este y entiendo que su cumplimiento es obligatorio para toda persona que presta servicios en la entidad y que, al cumplir con el Código de Ética de la Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Este, todos contribuimos a crear un mejor ambiente de trabajo en el cual podemos crecer como personas y profesionales.
* Me comprometo a la observancia y cumplimiento de las disposiciones contenidas en las normas citadas.

El Agustino, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Nombre completo: …………………….…………..

DNI Nº …………………………………………….