**ANEXO N°04**

**FORMATO DE COTIZACIÓN DE SERVICIOS**

Señores:

**DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN**

**Atención: OFICINA DE LOGISTICA**

De nuestra consideración:

El que suscribe, Don (ña) …………………………………… identificado con DNI N°……....…….…, presento mi COTIZACIÓN que fue solicitada para el “SERVICIO DE …………..………..........…. PARA LA ACTIVIDAD DE NEBULIZACION ESPACIAL DEL 01 AL 30 DE AGOSTO DEL 2025”, la misma que presenta los siguientes detalles:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DETALLE DEL SERVICIO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO S/ INC.IGV** | **PRECIO TOTAL S/INC.IGV** |
| 1 | SERVICIO DE …………………….. PARA LA ACTIVIDAD DE NEBULIZACION ESPACIAL DEL 01 AL 30 DE AGOSTO DEL 2025 | SERVICIO | 24 DIAS | S/.1600.00 | S/.1600.00 |

|  |
| --- |
| Declaro que he revisado en forma detallada la documentación remitida y que nuestra cotización CUMPLE con las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS enviados e incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales respectivos conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que puede incidir sobre el valor del servicio. |

|  |  |
| --- | --- |
| RAZON SOCIAL |  |
| RUC |  |
| VALIDEZ DE LA COTIZACION | 10 DIAS |
| PLAZO DE EJECUCION (DIAS CALENDARIO) | A SOLICITUD DE LA ENTIDAD |
| FORMA DE PAGO | CONTADO |
| PLAZO DE GARANTIA DE LA PRESTACIÓN | -------- |
| NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO |  |
| N. DE TELEFONO DE CONTACTO |  |
| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO |  |
| N. DE CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA (CCI) |  |
| PERFIL DE PERSONAL DE CORRESPONDER Y DOCUMENTACION ADICIONAL (SI/NO) | NO |

FIRMA

Representantes/Representante Legal

**ANEXO N°06**

**DECLARACIÓN JURADA PARA CONTRATACIÓN POR MONTOS IGUALES E INFERIORES A 8 UIT**

Señores:

**Oficina de Logística**

**Dirección Sub Regional De Salud I Jaén**

**Presente. -**

Mediante el presente la/el suscrita/o, prestadora/or y representante Legal de: ………………………… ……………………………………., declaro bajo juramento:

1. No tener impedimento para contratar con el estado, conforme al artículo 11 del TUO de la Ley de contrataciones del estado.
2. Conocer, aceptar y someterse a las condiciones y reglas de la presente contratación.
3. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la contratación.
4. Comprometerme a mantener la cotización presentada durante la presente contratación y a perfeccionar la orden y/o contrato, en caso de resultar favorecido con la contratación.
5. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del estado Perú y no encontrarme incurso dentro de la prohibición de doble percepción de ingresos, independientemente de la denominación que se le otorgue, salvo que provenga de la actividad docente o dietas por participación en uno de los directorios de la entidad o empresas públicas.
6. No contar con parientes hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad, y/o conyugue que a la fecha se encuentren prestando servicios en Dirección Regional de Salud Cajamarca.
7. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar, sentimental o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
8. Tener conocimiento de la Ley 28496, “Ley que modifica el numeral 4.1 del artículo 4° y el artículo 11° de la ley 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública, Decreto Supremo N° 033- 2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
9. Conocer las sanciones contenidas en el TUO de la Ley de contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo Sancionador.

Jaén, de julio de 2025

Firma:

Nombres y Apellidos:

**ANEXO N°07**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE NORMAS ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN**

Señores:

**DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN**

**Presente. -**

De mi consideración,

Yo, ………………………………………..…, identificado con DNI Nº…..……………con RUC N°……………………, domiciliado en………………………..……………….., declaro y garantizo **BAJO JURAMENTO**:

No tener, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a los impedimentos señalados en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refieren los impedimentos señalados en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, el proveedor se compromete a: i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución o nulidad del contrato, sin perjuicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

Jaén, de julio de 2025

Firma

NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL:

RUC:

**ANEXO N°08**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Señores:

**DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN**

**Presente. -**

De mi consideración,

El que suscribe, Don (ña) ……………..………………..…, identificado con DNI N° ………...……..…, con RUC Nº ……………….….., domiciliado en ……………………………….….., declaro y garantizo BAJO JURAMENTO:

Tengo parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad (incluyéndose dentro de éstas el vínculo conyugal y/o las uniones de hecho) con personas que presten servicios en la Dirección Regional de Salud Cajamarca, con independencia de su régimen laboral o contractual.

Que, 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):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS** | **GRADO DE PARENTESCO O VINCULO** | **OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS** | **CARGO/SERVICIOS QUE BRINDA** | **MARCAR CON UNA “X”** | |
| **CAS, 276 o 728** | **LOCADOR (TERCERO)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Que, manifiesto que lo antes mencionado corresponde a la verdad de los hechos y que tengo conocimiento que, si lo declarado resulta falso, estoy sujeto a las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, al haber realizado declaración falsa violando el principio de presunción de veracidad, así como en caso de haber incurrido en falsedad, simulación o alteración de la verdad intencionalmente.

Jaén, de julio del 2025

Firma

NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL:

RUC:

**ANEXO N°09**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES**

Señores:

**DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN**

**Presente. -**

De mi consideración,

El que suscribe, Don (ña) ……………...…………………….…, identificado con DNI N° ………………, declaro bajo juramento:

1. 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.

1. 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.
2. 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 Sey las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Jaén, de julio de 2025

Firma

Nombre y apellidos:

N° DNI:

**ANEXO N°10**

**FORMATO DE OFERTA ECONÓMICA**

Jaén, de julio de 2025

Señores:

**Oficina de Logística**

**Dirección Sub Regional De Salud I Jaén**

**Presente. -**

De mi mayor consideración,

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en atención a la solicitud de cotización para SERVICIO DE …………..………..........…. PARA LA ACTIVIDAD DE NEBULIZACION ESPACIAL DEL 01 AL 30 DE AGOSTO DEL 2025, a fin de remitirle mi oferta económica conforme a los términos de referencia y/o especificaciones técnicas remitidas.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CANTIDAD** | **CONCEPTO** | **PLAZO DE EJECUCION Y/O ENTREGA** | **PRECIO OFERTA (UNITARIO, MENSUAL, ENTREGABLE, O SEGÚN PORCENTAJE) S/** | **OFERTA TOTAL**  **S/** |
| 1 | SERVICIO DE …………..………...... PARA LA ACTIVIDAD DE NEBULIZACION ESPACIAL | 01 al 30 de agosto del 2025 | 1600.00 | 1600.00 |

El monto total de la oferta económica incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales respectivos conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda incidir sobre el valor de los bienes y servicios a contratar.

Finalmente, preciso que cumplo con los términos de referencia y/o especificaciones técnicas establecidas para la citada prestación, a los cuales me someto en su integridad.

Atentamente,

Firma

D.N.I:

RUC:

Teléfono:

Correo Electrónico:

**ANEXO N°11**

**FORMATO DE CARTA DE AUTORIZACION DE ABONO A CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIA**

Jaén, de julio de 2025

Señores:

**DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN**

**Jr. Simón Bolívar N° 1560 - Jaén**

**Presente. –**

Atención: Oficina de Logística.

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta interbancaria

Por la presente autorizo a usted, el abono a mi cuenta, según la siguiente información:

Código Interbancario:

A nombre de:

del Banco:

Soles

Ahorro

Tipo de cuenta: Moneda:

RUC (Asociado al CCI):

En el caso de estar sujeto a detracción sírvase indicar la respectiva cuenta:

Banco de la Nación:

Asimismo, dejo constancia que el comprobante de pago a ser emitido por mi representada una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios materia del contrato quedará cancelado para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente. Tener en cuenta que, si el RUC no está asociado al CCI indicado, no se podrá efectuar el pago respectivo

Firma del proveedor o de su representante legal

N° Telefónico:

Correo electrónico: