

FORMATO N° 06
COTIZACION

Señores
DEC
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN

Presente. -

Ref.: Solicitud de Cotización – -----

Estimados señores:

Por medio del presente, en calidad de ofertante y después de haber examinado y aceptar en su integridad las especificaciones técnicas y/o términos de referencia proporcionadas por el DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN, me comprometo a ejecutar íntegramente la prestación, conforme a las condiciones y plazos establecidos. Adjunto para tal efecto la siguiente oferta económica:

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1				
2				
3				
TOTAL				

GARANTIA (De corresponder):	
PLAZO DE ENTREGA/ EJECUCIÓN:	

La oferta indicada incluye todos los tributos, instalación, pruebas, transportes, costos laborales, conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro costo que pueda tener incidencia sobre el valor del bien ofertado. En tal sentido, La Entidad no realiza pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Esta oferta es válida y firme por un período mínimo de treinta (30) días calendario, a partir de la fecha de presentación de la presente oferta y se conviene u obliga que la oferta pueda ser aceptada por La Entidad en cualquier momento antes de que expire el periodo indicado.

LUGAR Y FECHA: -----

NOMBRE Y APELLIDOS (COMPLETOS)
/ RAZON SOCIAL/CARGO: RUC:

FORMATO N° 07
DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores
DEC
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN

Presente. -

Datos del Declarante:

Nombres y Apellidos/Razón Social:			
DNI:		RUC:	
Dirección de Notificación:			
Nombre de contacto:			
Telf. Fijo/Móvil:			
Correo Electrónico:			

El declarante, en amparo al Principio de presunción de veracidad del artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, DECLARA BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para la presente contratación.
2. Me obligo a cumplir con los términos de referencia o especificaciones técnicas, según corresponda.
3. Me obligo a no divulgar, revelar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa del Gobierno Regional de Cajamarca, la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta, durante y después de concluida la contratación.
4. Autorizo a ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte ser seleccionado como proveedor, en la etapa de ejecución contractual, a la dirección electrónica señalada.
5. Conozco las sanciones contenidas en la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2025-EF.
6. He tomado conocimiento de la DIRECTIVA N° 14-2019-GR.CAJ-GGR/SG - NORMA LOS MECANISMOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECEPCIÓN Y TRÁMITE DE DENUNCIAS CONTRA SERVIDORES PÚBLICOS QUE VULNEREN LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE ÉTICA, CONDUCTA O EJECUTEN ACTOS DE CORRUPCIÓN.
7. He tomado conocimiento de la DIRECTIVA N° 01-2025-GR.CAJ-DRA-DA- DIRECTIVA QUE REGULA EL PROCEDIMIENTO PARA LOS CONTRATOS MENORES.

8. Mantener una conducta proba e íntegra en todas las actividades del proceso de contratación, lo que supone actuar con honestidad y veracidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente, así como denunciar los actos de corrupción, inconducta funcional, conflicto de intereses u otro de naturaleza similar, respecto de lo cual tuviera conocimiento.
9. Abstenerme de ofrecer, dar o prometer regalos, cortesías, invitaciones, donativos u otros beneficios similares, a funcionarios o servidores públicos de la dependencia encargada de las contrataciones y en general al personal del Gobierno Regional de Cajamarca.

LUGAR Y FECHA: -----

**NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:**

FORMATO N° 08
DECLARACIÓN JURADA SOBRE IMPEDIMENTOS PARA CONTRATAR

Señores

DEC

DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN

Presente. -

Datos del Declarante:

Nombres y Apellidos/Razón Social:			
DNI:		RUC:	
Dirección de Notificación:			
Nombre de contacto:			
Telf. Fijo/Móvil:			
Correo Electrónico:			

Declaro bajo juramento cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 30 de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N°009-2025-EF y artículos 43 y 44 de su Reglamento, a lo que se refiere:

1. **Impedimentos En Razón de Parentesco:** aplicables a los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad, lo que incluye al cónyuge, al conviviente y al progenitor del hijo de los impedidos referidos en el numeral 1 del párrafo 30.1 del artículo 30 de la presente ley, los cuales están detallados en los Tipo 2.A, 2.B, 2.C, 2.D Y 2.E de la Ley N° 32069- Ley General de Contrataciones Públicas.
2. **Impedimentos Para Personas Jurídicas:** El alcance del impedimento para contratar con el Estado obedece a las siguientes precisiones, detalladas en los Tipo 3.A, 3.B, 3.C, 3.D, 3.E, 3.F y 3.G de la Ley N° 32069 - Ley General de Contrataciones Públicas.
3. **Impedimentos Derivados de Sanciones Administrativas, Civiles y Penales, o por la Inclusión de Otros Registros:** El alcance del impedimento para contratar con el Estado obedece a las siguientes precisiones detallados en los Tipo 4.A, 4.B, 4.C y 4.D de la Ley N° 32069 Ley General de Contrataciones Públicas

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

Asimismo, me comprometo a comunicar a la Entidad, formalmente y por escrito, cualquier variación de la información declarada en el presente documento, en un plazo máximo de un día hábil de producida la situación que origine la variación.

LUGAR Y FECHA: -----

**NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:**

FORMATO N° 09

DECLARACION JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO

Apellidos:		Nombres:	
Documento de Identidad:		Dependencia:	
Domicilio			
Provincia/Departamento:		Fecha de Declaración:	/ /

Declaro que al momento de suscribir el presente documento:

- Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales:
 - Ley N° 26771, Establecen prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público, en casos de parentesco.
 - Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, Aprueban Reglamento de la Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público, en casos de parentesco.
 - Decreto Supremo N° 017-2002-PCM, Modifican Reglamento de la Ley que estableció prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público, en casos de parentesco.
 - Decreto Supremo N° 034-2005-PCM, Disponen otorgamiento de Declaración Jurada para prevenir casos de Nepotismo.
- He cumplido con revisar el LISTADO DE TRABAJADORES proporcionado por la Entidad en el enlace: https://www.transparencia.gob.pe/personal/pte_transparencia_personal.aspx del Portal de la DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN y he agotado las demás verificaciones y corroboraciones necesarias.
- En consecuencia, DECLARO BAJO JURAMENTO (Marcar Si o No, según corresponda), que:

SI	
NO	

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad y/o vínculo conyugal, con trabajador(es) de la DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN

4. 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):

Apellidos:		Nombres:	
Dependencia		Parentesco:	

Apellidos:		Nombres:	
Dependencia		Parentesco:	

(...)

La presente Declaración Jurada se formula en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4-A del Reglamento de la Ley N° 26771, incorporado mediante Decreto Supremo N° 034-2005-PCM.

LUGAR Y FECHA: -----

**NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:**

FORMATO N° 10
DECLARACION JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES

Datos del Declarante:

Nombres y Apellidos/Razón Social:			
DNI:		RUC:	

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

LUGAR Y FECHA: -----

**NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC:**

FORMATO N° 11
CARTA DE AUTORIZACION
(Para el pago con abonos en cuenta bancaria del proveedor)

Señores
DEC
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD I JAEN
Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta.

Estimados señores:

Por el medio del presente, autorizo a usted el pago de abonos en cuenta al siguiente Código de Cuenta Interbancario (CCI) en SOLES:

N.º de Cuenta Interbancaria (CCI) (20 dígitos)	
Entidad Bancaria	
Nombre completo del titular	
RUC del titular	

Asimismo, dejo constancia que la factura a ser emitida, una vez cumplida o atendida la correspondiente orden de compra, orden de servicio o contrato, queda cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente

Atentamente,

LUGAR Y FECHA: -----

NOMBRE Y APELLIDOS
(COMPLETOS) / RAZON
SOCIAL/CARGO: RUC: