

ANEXO Nº 06

FORMATO DE COTIZACION DE SERVICIOS

Puerto Maldonado,

del 2025.

Señores
ESSALUD

De mi consideración:

En respuesta a la cotización sobre la prestación de mis servicios para el **“CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIOS DE 01 ABOGADO PARA SECRETARIA TÉCNICA DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE LA RED ASISTENCIAL MADRE DE DIOS”**, y después de haber analizado los Términos de Referencia del mencionado servicio, los mismos que acepto en todos sus extremos, indico que cumpla con los requerimientos solicitados e indico que el costo total de mis Servicios sería el importe detallado a continuación:

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO TOTAL (SOLES)
1	“CONTRATACION POR LOCACION DE SERVICIOS DE 01 ABOGADO PARA SECRETARIA TECNICA DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE LA RED ASISTENCIAL MADRE DE DIOS” SEGÚN TERMINO DE REFERENCIA ADJUNTO.	1	SERVICIO	S/.
VALOR TOTAL DE LA COTIZACION:				

La propuesta se emite considerando todas las condiciones señaladas en vuestro Requerimiento e incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme la Legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien y/o servicio a contratar, excepto la de aquellos proveedores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

Asimismo, declaro bajo juramento que, mi persona y/o mi representada no se encuentra inhabilitada para contratar con el Estado, ni temporal, ni permanente, conforme lo establece el Artículo 11 del Texto Único Ordenado de la Ley de Contrataciones del Estado, aprobado por Decreto Supremo Nº 082-2019-EF.

RAZON SOCIAL:	
Nº RUC:	
PLAZO DE EJECUCION:	
INCLUYE IGV:	SI () / NO ()
FORMA DE PAGO:	DADO LA CONFORMIDAD DEL SERVICIO
CORREO ELECTRONICO:	
TELEFONO FIJO:	
PERSONA DE CONTACTO:	
TELEFONO MOVIL:	
VIGENCIA DE OFERTA:	

Firma, Nombres y Apellidos del Proveedor o Representante
Legal o Persona autorizada para emitir cotizaciones.

ANEXO N° 11

DECLARACION JURADA PARA PERSONAS NATURALES.

Puerto Maldonado,..... de 2025.

Señores,
ESSALUD

Presente.

Mediante la presente, Yo....., identificado con DNI: N°, Fecha de Nacimiento:....., con domicilio en, de Nacionalidad, DECLARO BAJO JURAMENTO que la siguiente información se sujeta a la verdad:

(INDICAR “SI” O “NO”, SEGÚN CORRESPONDE).

SI	NO	DECLARACION JURADA
		Cuento con Registro Único del Contribuyente (RUC).
		Me encuentro Inscrito en el Registro Nacional de Proveedores (RNP).
		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.
		Me encuentro inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles (REDERECEI) 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 (REDERECEI) Para acceder al ejercido de la función pública y contratar con el Estado.
		En caso de 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° 006-2019L.JUS.
		Estoy inhabilitado para contratar con el estado, ni temporal, ni permanentemente, 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.
		Estoy de acuerdo y me comprometo a respetar los Lineamientos establecidos en el Artículo 138 del Reglamento dela Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF, respecto a las Cláusulas Anticorrupción.
		Trataré la información recibida como estrictamente confidencial y privada y tomare todas Las medidas del caso para preservar esta confidencialidad. Usare la información recibida con el único y exclusivo propósito de realizar la prestación, por lo que me obligo a no divulgar la información recibida a terceros, salvo autorización expresa, previa del ESSalud. En caso me vea obligados legalmente o judicialmente a divulgar la información recibida, pondré en conocimiento del ESSalud este hecho antes de la divulgación de la información, a fin de que el ESSalud pueda tornar las acciones pertinentes para proteger la confidencialidad de la información, de ser el caso.

Firma, Nombre y Apellidos del Proveedor.

ANEXO N° 2

"COMPROMISO DE INTEGRIDAD DE LOS PROVEEDORES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD".

LA EMPRESA, con Registro Único de Contribuyente N°, Procedimiento de contratación denominado: a través de su representante legal de nombre e identificado (a) con DNI/CE N°, asume el **COMPROMISO** siguiente:

1. **ALINEAR** las conductas y políticas de la empresa a lo contemplado en la Política Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción aprobada mediante Decreto Supremo N° 092-2017-PCM, así como -en lo que resulte aplicable- a las acciones y actividades del Programa de Integridad y Lucha contra la Corrupción del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2022, aprobado por Resolución de Gerencia General Nro. 758-GG-ESSALUD-2022.
2. **VIGILAR** la actuación honesta, proba y transparente de todo el personal que labora en la empresa, particularmente, aquella que interactúa y mantiene una relación directa con los servidores y funcionarios de ESSALUD, en el marco de la provisión del servicio, bienes u obras que motiva el presente Compromiso.
3. **ASEGURAR** la no existencia de cualquier tipo de conflicto de interés de parte de la empresa en su calidad de persona jurídica, así como de parte de los directivos y accionistas de la misma. De emerger cualquier duda respecto de la existencia de un conflicto de interés, **INFORMAR** de manera inmediata al órgano Encargado de las Contrataciones a cargo del proceso de selección, así como a la Oficina de Integridad de ESSALUD para la adopción de medidas preventivas y/o correctivas que correspondan.
4. **CUMPLIR** con lo mencionado en la Política de Regalos a fin que asegure la no oferta ni entrega de regalos, dádivas, reconocimientos, beneficios, incentivos, almuerzos y/o viajes a cualquier servidor o funcionario público de ESSALUD.
5. **CUMPLIR** escrupulosamente las reglas de libre competencia, **ASEGURANDO** el manejo confidencial de la información a la que tenga acceso en razón de la provisión del servicio o bienes que motiva el presente Compromiso.
6. **DENUNCIAR** cualquier acto de corrupción o contrario a la ética del cual tenga conocimiento en el marco de su actuación comercial con ESSALUD, ante la Oficina de Integridad Institucional de ESSALUD.

Con la suscripción del presente documento, comprendo que el "Compromiso de Integridad de los Proveedores del Seguro Social de Salud - ESSALUD" constituye un pacto voluntario orientado a fortalecer la buena marcha y ética de los negocios entre el sector público y privado.

En la ciudad dea los.....días del mes de.....del año.....

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRES Y APELLIDOS:

ANEXO 05

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES.

Yo, _____ identificado con

DNI N° _____, declaro bajo juramento:

- 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.

Fecha: _____

Firma
N° DNI:

**DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO**

Yo,
identificado con DNI N° con dirección domiciliaria:
..... en el Distrito: Provincia:
..... Departamento.....

DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:

NO percibir doble remuneración de ingresos, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso por parte del Estado según el Artículo 3°¹ de la Ley N°28175, Ley Marco del Empleo Público.

* Lo señalado incluye la prestación por Locación de Servicios en más de una Unidad Orgánica del ESSALUD.

Si lo declarado no se ajusta a la verdad, me sujeto a lo establecido según normativa vigente, que podría ser pasible de responsabilidad civil, penal o administrativa funcional a través de la Contraloría General de la República.

Dado en la ciudad de..... a los..... días del mes de..... del 20.....

.....
Firma
DNI

¹ Artículo 3° de la Ley N° 28175 Ley Marco del Empleo Público:

"Ningún empleado público puede percibir del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier tipo. Es incompatible la percepción simultanea de remuneración y presión por servicios prestados al Estado.