***INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEL POSTOR:***

|  |
| --- |
| * **La presentación de la documentación será:**   De manera VIRTUAL al correo: **cotizaciones@irotrujillo.gob.pe**, indicando el número de codificación seguido del nombre del postor: EJEMPLO LOC-074-2025(Nombre del postor)  O de manera FISICA en la Unidad de Logística, dentro de la jornada laboral (Lunes a Jueves de 7:30 am hasta las 02:45 pm y Viernes de 7:30 am a 2:30 pm) salvo el último día de presentación, se deberá respetar la hora máxima establecida en el presente expediente si es anterior al cierre del horario de jornada laboral.   * **El orden de presentación de los documentos es el siguiente:** * Carátula e índice. * Formato N° 03 - Oferta Técnica. * Formato N° 04 – Cotización. * Anexo N° 1 De la Oferta Técnica. * Anexo N° 2 de la Oferta Técnica. * Declaración Jurada Anticorrupción y Antisoborno * Autorización de pago en Cuenta Corriente Interbancaria (CCI). * Currículum Vitae documentado * Otros documentos solicitados |
| * **Foliación del expediente:**   La foliación debe ser en la parte superior derecha de la hoja y debe empezar con la última página y seguir de manera consecutiva hasta la primera hoja.  Un folio corresponde a una cara escrita del documento. (Ejemplo: 01, 02, 03…..). |
| * **Llenado del Formato N° 3 – Oferta Técnica**   El postor deberá llenar la información concerniente al punto “**2. Datos del proveedor”,** y del punto “**3. Parte específica de la Oferta”,** deberá marcar el cumplimiento o no consignando el número de folio en la columna de la derechaen el caso de acreditación. |

***NOTA:***

* El Participante deberá contar con Registro Nacional de Proveedores (RNP) **vigente** y su **RUC debe contener las actividades económicas del rubro** **solicitado** al momento de presentar su expediente (C.V, formatos, anexos y otros)
* La documentación que será presentada por los postores deberán ser claros y legibles, no aceptándose imágenes borrosas, con baja resolución ni enmendaduras. De lo contrario no serán admitidas
* La modificación de cualquier extremo consignado por LA ENTIDAD, INVALIDA su OFERTA.

Unidad de Logística – Área de Cotizaciones

**FORMATO N° 1 - SOLICITUD DE COTIZACION N° LOC-074-2025-IRO/LOG**

**Fecha**: **12 de Agosto del 2025.**

Señores postores, invitamos a presentar sus cotizaciones para el requerimiento que se adjunta al presente, las condiciones son las siguientes:

1. **Requisitos para la presentación de las cotizaciones:**

|  |
| --- |
| 1. Documento de presentación **obligatoria:**   Declaración Jurada de No tener Impedimento para contratar con el Estado, debidamente firmado por el proveedor, según ANEXO N°01 de la oferta técnica y ANEXO N°02, de corresponder. |

1. **Presentación de las cotizaciones:**

|  |
| --- |
| **B1.** Las cotizaciones se presentarán en los **Formatos 2 y 4** en caso de bienes. **Formato 3 y 4** en caso de servicios en general y consultorías, y se enviarán a través del siguiente correo electrónico: **cotizaciones@irotrujillo.gob.pe** |
| **B2.** Fecha y hora límite de presentación de la cotización: **hasta las 11:59 PM del 14/08/25.** |
| **B3**. Moneda de la Cotización: La cotización será **en moneda nacional** (S/ Soles) |
| **B4**. Precios de la Cotización:  Los precios deben incluir el costo del bien puesto en nuestro almacén, el servicio o consultoría, el IGV, transporte o Seguros. Así como todo aquello que sea necesario para la correcta ejecución de la prestación. |
| **B5**. Plazo de entrega: El plazo de entrega debe ser indicado en **días calendario** |
| **B6.** Toda Información y documentación adicional a la cotización, de ser el caso, incluido catálogos, instrucciones y manuales operativos, garantía comercial, ISOS, entre otros, **será presentada en idioma castellano.** |

1. ***Del contrato:***

|  |  |
| --- | --- |
| **C1**. Formalización del contrato: | Con orden de compra/ servicio o suscripción de documento |
| **C2**. Notificación de la orden de compra/servicio | A través del correo electrónico señalado por el proveedor en su cotización. |
| **C3**. Lugar de entrega de los bienes/servicios adjudicados | Almacén del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo*, Mz P’, lote 7A – Urb. COVICORTI – Trujillo – Departamento de La Libertad. |
| **C4.** En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato: | El Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo* aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso y se calculará de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. |
| **C5**. Forma de Pago | Dentro de los 15 días calendario siguientes a la conformidad de los bienes, servicios o consultorías recibidos. |

1. **Datos para Contacto con el Área de Cotizaciones del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo.***

|  |  |
| --- | --- |
| **D1**. Teléfono fijo - celular | 044-287222- 044-287236 Anexo 583, Cel 971111206 |
| **D2.** Correo electrónico: | **cotizaciones@irotrujillo.gob.pe** |
| **D3.** Horario de atención | De 8:00 am a 2:45 pm, de Lunes a viernes |

1. **Especificaciones Técnicas /Términos de Referencia:** (FORMATO N° 3)

**FORMATO N°3 - OFERTA TÉCNICA (SERVICIOS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Referencia: CCMN N° 2382** | **Solicitud de Cotización N°:** | **LOC-074-2025-IRO/LOG** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **B. Datos del proveedor:** | | | |
| Nombre o Razón Social |  | | |
| RUC N° |  | | |
| Dirección: |  | | |
| Teléfono (s), Celular |  | | |
| CCI N° |  | Banco: |  |
| Correo electrónico para la notificación de la orden de servicio: |  | | |
| Nombre del Representante Legal:  N° de DNI: |  | | |
| Plazo total de ejecución del servicio / consultoría: | **90** días calendarios. | | |

**C. Parte Específica de la Oferta**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Términos de Referencia** | **Cumple** | | **Aclaraciones de los Términos de Referencia ofertados,**  **(De corresponder)**  El Postor debe indicar el N° del folio(s) donde acredita el requisito solicitado. |
| **Si** | **No** |
|  | 1. **FINALIDAD PÚBLICA** | | | |
|  | Asegurar el acceso a servicios de salud y brindar una atención de calidad a los pacientes que acuden a la institución. | | | |
|  | 1. **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN** | | | |
|  | Contratar mediante locación de servicios a un (01) médico especialista en oftalmología con capacitación en Retina para la atención de pacientes en el Departamento de Retina y Vítreo. | | | |
|  | 1. **CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL SERVICIO A CONTRATAR** | | | |
|  | * 1. **Descripción del servicio a contratar**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Ítem** | **Cantidad de entregables** | **Descripción del servicio** | | 070500030733 | 03 | SERVICIO ESPECIALIZADO EN RETINA Y VÍTREO | | | | |
|  | * 1. **Actividades** * Realizar 705 atenciones a pacientes del dpto. de Retina y Vítreo (entre consultas, procedimientos y cirugías), según guías de práctica clínica, debiendo realizar el registro correcto en las historias clínicas y en todos los formatos que fuesen pertinentes (receta médica, solicitud de exámenes, formato único de atención SIS, formato de contrareferencia del SIS, registro HIS-MIS, informe médico y todos los formatos que fueran pertinentes registrar, producto de la atención del paciente). * Realizar el levantamiento de observaciones de los registros institucionales (historia clínica, ficha única de atención del seguro integral de salud, etc) solicitados por acciones de control institucional. * Elaborar 03 informes de actividades con el respectivo V°B° del jefe del Departamento de Retina y Vítreo. | | | |
|  | * 1. **Requisitos mínimos del locador** | | | |
|  | * + 1. **Requisitos mínimos: (Marcar sí cumple o no)** | | | |
|  | * Registro Nacional de Proveedores (RNP) |  |  |  |
|  | * Registro Único del Contribuyente – RUC (Habido y vigente) |  |  |  |
|  | * Código de cuenta interbancario (CCI)- vinculado al RUC |  |  |  |
|  | * No contar con impedimento para contratar con el Estado |  |  |  |
|  | * No contar con antecedentes, policiales, penales y judiciales |  |  |  |
|  | * + 1. **Formación académica: (Marcar sí cumple o no) Indicar folio(s)** | | | |
|  | * Título profesional de médico cirujano a nombre de la Nación (ambas caras), debidamente registrado en la SUNEDU * Resolución de término de SERUMS * Habilidad profesional vigente * Título de especialista en oftalmología (ambas caras), debidamente registrado en la SUNEDU * Constancia o certificado de Registro Nacional de Especialidad (RNE) emitido por el órgano competente. |  |  |  |
|  | * + 1. **Capacitación: (Marcar sí cumple o no) Indicar folio(s)** | | | |
|  | * Capacitación acreditada en oftalmología (mínimo 06 créditos o 96 horas), con una vigencia no mayor a 05 años, contados a la fecha de la presente convocatoria, acreditado mediante constancias o certificados emitidos por la entidad u órgano competente. * Capacitación en Retina y Vítreo (mínimo 12 meses) acreditado mediante constancia o certificados emitidos por la entidad u órgano competente. |  |  |  |
|  | * + 1. **Experiencia: (Marcar sí cumple o no) Indicar folio(s)** | | | |
|  | **Experiencia general**   * 03 meses como médico oftalmólogo en el sector público y/o privado   Contados a partir de la fecha de emitido el certificado, grado, titulo o formación académica máxima requerida, según corresponda.  Acreditado mediante contrato y/o constancia o certificado emitido por el titular de la entidad/ empresa u órgano competente. En el cual deberá constar como mínimo: Régimen laboral, cargo y/o área, periodo laboral (inicio y término), así como la identificación de la empresa (RUC o razón social) y los nombres del otorgante e interesado. Contados a partir de la fecha de emitido el certificado, grado, título o formación académica requerida según corresponda.  Para el caso de servicios por terceros o locación de servicios, deberá acreditar mediante copia simple de contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, reporte de estado de cuenta, cancelación en el documento. |  |  |  |
|  | * 1. **Entregables:**   El presente requerimiento se realizará en 03 entregables; cada entregable deberá realizarse en un plazo máximo de 30 días, según el siguiente detalle:   |  |  | | --- | --- | | **N° de entregable** | **Contenido** | | 1er entregable | * 235 atenciones a pacientes del dpto. de Retina y Vítreo (entre consultas, procedimientos y cirugías), según guías de práctica clínica, debiendo realizar el registro correcto en las historias clínicas y en todos los formatos que fuesen pertinentes (receta médica, solicitud de exámenes, formato único de atención SIS, formato de contrareferencia del SIS, registro HIS-MIS, informe médico y todos los formatos que fueran pertinentes registrar, producto de la atención del paciente). * Realizar el levantamiento de observaciones de los registros institucionales (historia clínica, ficha única de atención del seguro integral de salud, etc) solicitados por acciones de control institucional. * Elaboración de 01 (un) informe de actividades con el respectivo V°B° del jefe de Retina y Vítreo. | | 2do entregable | * 235 atenciones a pacientes del dpto. de Retina y Vítreo (entre consultas, procedimientos y cirugías), según guías de práctica clínica, debiendo realizar el registro correcto en las historias clínicas y en todos los formatos que fuesen pertinentes (receta médica, solicitud de exámenes, formato único de atención SIS, formato de contrareferencia del SIS, registro HIS-MIS, informe médico y todos los formatos que fueran pertinentes registrar, producto de la atención del paciente). * Realizar el levantamiento de observaciones de los registros institucionales (historia clínica, ficha única de atención del seguro integral de salud, etc) solicitados por acciones de control institucional. * Elaboración de 01 (un) informe de actividades con el respectivo V°B° del jefe de Retina y Vítreo. | | 3er entregable | * 235 atenciones a pacientes del dpto. de Retina y Vítreo (entre consultas, procedimientos y cirugías), según guías de práctica clínica, debiendo realizar el registro correcto en las historias clínicas y en todos los formatos que fuesen pertinentes (receta médica, solicitud de exámenes, formato único de atención SIS, formato de contrareferencia del SIS, registro HIS-MIS, informe médico y todos los formatos que fueran pertinentes registrar, producto de la atención del paciente). * Realizar el levantamiento de observaciones de los registros institucionales (historia clínica, ficha única de atención del seguro integral de salud, etc) solicitados por acciones de control institucional. * Elaboración de 01 (un) informe de actividades con el respectivo V°B° del jefe de Retina y Vítreo. | | | | |
|  | * 1. **Lugar y plazo de prestación del servicio**      1. **Lugar**   El servicio se realizará en el Instituto Regional de Oftalmología Javier Servat Univazo, ubicado en Mz P" lote 7A, Urb. Natasha alta – Trujillo.   * + 1. **Plazo**   El plazo de ejecución del servicio será en 90 días calendario, contados a partir del día siguiente de la firma del contrato. | | | |
|  | 1. **RECURSOS A SER PROVISTOS POR EL CONTRATISTA**   No corresponde | | | |
|  | 1. **OTRAS CONSIDERACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN** | | | |
|  | * 1. **Otras obligaciones**      1. **Otras obligaciones del contratista**   Cumplir con los estándares de bioseguridad institucionales.   * + 1. **Otras obligaciones de la Entidad**   Brindar acceso a la infraestructura, insumos y equipamiento necesario | | | |
|  | * 1. **Subcontratación**   No corresponde | | | |
|  | * 1. **Confidencialidad:**   El proveedor deberá guardar la confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información a la que tenga acceso y que se encuentre relacionada con la prestación, quedando prohibido revelar dicha información a terceros, debiendo dar cumplimiento a todas las políticas definidas por la Entidad en materia de seguridad de información.  Así también, la información que se entrega, así como la que se genera durante la ejecución de las prestaciones y la información producida una vez que se hayan concluido las prestaciones. Dicha información puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, documentos y demás documentos e información compilados o recibidos por el proveedor | | | |
|  | * 1. **Propiedad intelectual**   No corresponde | | | |
|  | * 1. **Medidas de control durante la ejecución contractual**   Supervisión periódica por parte del área usuaria y Comité de Seguridad del Paciente. La supervisión incluirá, entre otros aspectos:   * La adecuada atención y trato a los pacientes. * El cumplimiento de las actividades asistenciales asignadas en consulta externa. * Cumplimiento de protocolos de bioseguridad. * El adecuado registro de las actividades realizadas en las historias clínicas y sistemas institucionales. * La contribución a la seguridad del paciente conforme a los lineamientos establecidos por el Comité correspondiente. | | | |
|  | * 1. **Conformidad de la prestación**   La conformidad será otorgada por el jefe del área usuaria o quien haga sus veces, en concordancia a lo establecido en el artículo 144 del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas. | | | |
|  | * 1. **Forma de pago**   La Entidad realiza el pago al proveedor de forma oportuna luego de haberse verificado la correcta ejecución de las prestaciones y de haberse cumplido los procedimientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas. | | | |
|  | * 1. **Fórmula de reajuste**   No corresponde | | | |
|  | * 1. **Otras penalidades aplicables**   Se considerará para cada entregable, la aplicación de penalidad para cada uno de los siguientes criterios:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Otras penalidades** | | | | | **N°** | **Supuestos de aplicación de penalidad** | **Forma de cálculo** | **Procedimiento** | | 1 | Dos o más quejas registradas en el Libro de Reclamaciones. | 0.4% de la 1 UIT. | Mediante el reporte registrado en el libro de reclamaciones. | | 2 | Incumplimiento de higiene de manos y/o bioseguridad por debajo del 80%, según informe emitido por el Comité Rondas de Seguridad del Paciente. | 0.4% de la 1 UIT. | Informe del Comité Rondas de Seguridad | | | | |
|  | * 1. **Responsabilidad por vicios ocultos:** | | | |
|  | El proveedor es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos por un plazo de 01 año, contado a partir de la conformidad otorgada por la entidad contratante. | | | |
|  | * 1. **Cláusulas de carácter obligatorio:** | | | |
|  | * + 1. **Cláusula anticorrupción y antisoborno**   A la suscripción del contrato u orden de compra, el proveedor declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la Dependencia Encargada de la Contrataciones, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la Entidad, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.  Asimismo, proveedor se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato u orden de compra, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente.  Adicionalmente, el proveedor se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato u orden de compra con LA ENTIDAD.  Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa, comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.  Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente cláusula durante la ejecución contractual, otorga a LA ENTIDAD, el derecho de resolver el contrato. En ningún caso, dicha medida impide el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar. | | | |
|  | * + 1. **Solución de controversias**   Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación, acorde al numeral 81.3 del artículo 81 de la Ley General de Contrataciones Públicas y artículo 330 de su Reglamento.  De ser necesario contar con una resolución autoritativa para arribar a un acuerdo conciliatorio, el procedimiento conciliatorio se puede suspender hasta por un plazo de quince días hábiles. Si ambas partes lo acuerdan, dicho plazo puede ser ampliado por quince días hábiles adicionales. Si vencidos los plazos señalados la entidad contratante no presenta la resolución autoritativa ante el centro de conciliación, se entiende que no existe acuerdo y se concluye el procedimiento conciliatorio. | | | |
|  | * + 1. **Resolución de contrato por incumplimiento**   Cualquiera de las partes podrá resolver el contrato, de conformidad con el inciso b) del artículo 68 de la Ley General de Contrataciones Públicas. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas. | | | |
|  | * + 1. Garantía de fiel cumplimiento   No corresponde de acuerdo a la excepción establecida en el inciso a) artículo 139 del Reglamento de la Ley General de Contrataciones Públicas. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Plazo de entrega** **por entregables** (en días calendario), **de ser el caso** | **90** días calendarios. |
| Seguros (de ser el caso) |  |
| Prestaciones accesorias (de ser el caso) |  |
| **N° de entregables** (de ser el caso) | 03 ENTREGABLES |
| Normas técnicas del servicio (de ser el caso) |  |
| Otro |  |

Trujillo, …. de ………………… del 2025.

**Nombre y Firma:**

**(sello en caso de ser persona jurídica)**

**DNI:**

*(Al firmar el presente formato, acepta todos los términos que el requerimiento indica)*

***NOTA: NO SE PODRÁ MODIFICAR LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMATO, EL CUAL TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA***

**FORMATO N° 04 COTIZACIÓN**

Señores

Unidad de Logística

Instituto Regional de Oftalmología

*Javier Servat Univazo*

Presente. -

**Ref.: *Solicitud de Cotización* LOC-074-2025-IRO/LOG**

Luego de haber examinado las condiciones de la contratación, acepto en su integridad los Términos de referencia proporcionados por el Instituto Regional de Oftalmología J*avier Servat Univazo*, me comprometo con la presente a la ejecución de la prestación, **cumpliendo con la integridad de vuestros requerimientos técnicos mínimos (Términos de referencia),** conforme a las condiciones y plazos establecidos, adjunto para tal efecto la siguiente propuesta económica:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ítem | DESCRIPCION | CANTIDAD  (***Indicar N° de Entregables****)*  *(A)* | PRECIO UNITARIO **S/.** (*Indicar Costo por entregable)*  *(B)* | PRECIO TOTAL **(S/.)**  (Incluye los impuestos de ley)  (A\*B) |
| 1 | SERVICIO ESPECIALIZADO EN RETINA Y VÍTREO | 03 |  |  |
| Total S/ | | | | (A\*B) |

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/ servicio ofertado. En tal sentido, **el Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo* n**o realizará pago adicional de ninguna naturaleza por costos o gastos no considerados en el precio ofertado.

Trujillo, …...de ……… del 2025.

,·

**Nombre y Firma:**

**(sello en caso de ser persona jurídica)**

**DNI:**

**ANEXO N° 1 DE LA OFERTA TÉCNICA**

**(Bienes, Servicios y Consultorías)**

LOC-074-2025-IRO/LOG

DECLARACIÓN JURADA

Señores:

**Unidad de Logística**

**Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo***

Presente. -

Mediante el presente quien suscribe, postor:

|  |
| --- |
|  |

*CONSIGNAR NOMBRE COMPLETO DEL POSTOR Y/O RAZÓN SOCIAL DE SER PERSONA JURÍDICA*

Declaro bajo juramento:

* + - * 1. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
        2. No tener impedimento para ser participante, postor, contratista o subcontratista con la entidad contratante, según corresponda, en base a lo señalado en el artículo 30° de la Ley General de Contrataciones Públicas
        3. No tener antecedentes policiales, penales o judiciales por delitos dolosos.
        4. Que mi información (en caso que el postor sea persona natural) o la información de la persona jurídica que represento, registrada en el RNP se encuentra actualizada.
        5. Conocer las sanciones contenidas en la Ley General de Contrataciones Públicas y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
        6. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo Nº 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
        7. Conocer, aceptar y someterme a las condiciones y reglas del procedimiento del presente procedimiento de selección.
        8. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
        9. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.
        10. Cumplir en todos los extremos con los términos de referencia, según corresponda y me someto a cualquier indagación posterior de la contratación que el IRO estime necesario.

Trujillo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2025.

**Firma:**

**(Sello en caso de ser persona jurídica)**

**DNI:**

**ANEXO N° 2 DE LA OFERTA TÉCNICA**

**LOC-074-2025-IRO/LOG**

**DECLARACION JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

Señores

**Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo***

**Apellidos:** ………..…………………………………........ **Nombres:** …………………………………………………..

**Documento de Identidad:** ………………………………

**Domicilio:** ……………………………………………………………………………………………………………………

**Provincia/Departamento:** ……………………………….. **Fecha de declaración:** ……………………………………

Declaro que al momento de suscribir el presente documento:

1. Tengo conocimiento de las disposiciones contenidas en las siguientes normas legales:
   1. Ley No. 26771, publicado el 15.04.97, que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en casos de parentesco.
   2. Decreto Supremo No. 021-2000-PCM, publicado el 30.07.00, que aprueba el Reglamento de la Ley No. 26771.
   3. Decreto Supremo No. 017-2002-PCM, publicado el 08.03.02, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771.
   4. Decreto Supremo No. 034-2005-PCM, publicado el 07.05.05, que modifica el Reglamento de la Ley No. 26771 y dispone el otorgamiento de la Declaración Jurada para prevenir casos de nepotismo.

1. He cumplido con revisar el LISTADO DE TRABAJADORES A NIVEL NACIONAL proporcionado por la Entidad en el enlace **http://www.minsa.gob.pe/portaldetransparencia/personal/ltminsa.asp** del Portal del Ministerio de Salud y he agotado las demás verificaciones y corroboraciones necesarias.
2. En consecuencia, DECLARO BAJO JURAMENTO que ……………. (indicar SI o NO) tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad o vínculo conyugal, con trabajador(es) del Instituto Regional de Oftalmología *Javier Servat Univazo.*
3. 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 Y NOMBRES DEPENDENCIA PARENTESCO**

a) ………………………………………………………………………………………………………………….

b) ………………………………………………………………………………………………………..………..

c) ………………………………………………………………………………………………………………….

d) ………………………………………………………………………………………………………………….

La presente Declaración Jurada se formula en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4-A del Reglamento de la Ley No 26771, incorporado mediante Decreto Supremo No. 034-2005-PCM.

**Firma:**

**(Sello en caso de ser persona jurídica)**

**DNI:**

**DECLARACIÓN JURADA ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO**

**LOC-074-2025-IRO/LOG**

Yo, ……………………………………………………………………………………………con DNI N°…………………..

y RUC N° ……………………………………., declaro lo siguiente:

No haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la Dependencia Encargada de la Contrataciones, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la Entidad, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

Asimismo, declaro mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato u orden de servicio, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente.

Adicionalmente, me comprometo a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato u orden de compra con LA ENTIDAD.

De la misma manera, soy consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, otorgo a LA ENTIDAD, el derecho de resolver el contrato. En ningún caso, dicha medida impide el inicio de las acciones civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar.

**Firma:**

**(Sello en caso de ser persona jurídica)**

**DNI:**

**AUTORIZACION DE PAGO EN CUENTA CORRIENTE INTERBANCARIA**

Trujillo, …….. de ...................... del 2025.

**Señores,**

**INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA “JSU”**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ruc: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante la presente, reciban mis saludos cordiales y a la vez, hacerles llegar el número de Cuenta Interbancaria (CCI), según el detalle siguiente:

* **Titular de la cuenta: ……………………………………………………………..**
* **RUC : ……………………………………………………..**
* **Entidad Bancaria : ……………………………………………………..** **CCI :** **…………………………………………………**

Agradeciendo de antemano, sírvase a disponer para que los pagos realizados sean abonados a la cuenta correspondiente. Sin otro en particular, quedo de Ud.

Atentamente,

**Nombre y Firma:**

**(sello en caso de ser persona jurídica)**

**DNI:**