**ANEXO N°07**

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

Señores:

Oficina de Logística

Unidad Ejecutora de Salud San Ignacio

Presente.-

#### Mediante el presente la/el suscrita/o, prestadora/or y/Representante Legal de, ……………………………………………………………………. declaró bajo juramento:

1. No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 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 el contrato, en caso de resultar favorecido con la contratación.
5. No percibir ningún ingreso como remuneración ni pensión del Estado Peruano y no me encuentro 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 entidades o empresas públicas.
6. No contar con parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de Afinidad, y/o cónyuge que a la fecha se encuentren prestando servicios en la Unidad Ejecutora de Salud San Ignacio.
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 N°28496, “Ley que modifica el numeral 4.1 del artículo 4° y el artículo 181° de la Ley N°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 la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables en la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

FIRMA

Nombre o Razón Social.

**ANEXO N°09**

**FORMATO DE CARTA –AUTORIZACIÓN (PARA EL PAGO CON ABONOS EN CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA DEL PROVEEDOR)**

SEÑORES:

OFICINA DE LOGISTICA

UNIDAD EJECUTORA DE SALUD SAN IGNACIO

Presente.-

**ASUNTO :** **AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO CON ABONOS EN CUENTA**

Por medio de la presente, comunico a UD. Que el número del Código de Cuenta interbancaria (CCI)

Es:

N° CCI:

Entidad Bancaria:

Tipo de Moneda: SOLES

Titular de la Cuenta:

Número de RUC:

Dejo constancia que el número de cuenta bancaria que se comunica ESTÁ ASOCIADO al RUC consignado, tal como ha sido abierta en el sistema bancario nacional.

NOTA : La omisión de alguno de los datos solicitados considera no válida la cotización.

Agradeciéndole se sirva disponer la conveniente para que los pagos sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI.

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, quedará cancelada para todos sus efectos, mediante la sola acreditación del importe del abono en cuenta, a favor de mi representada, según los datos proporcionados.

Atentamente,

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

Firma del Representante Legal

Nombre o Razón Social:

DNI N° :

RUC:

Teléfono:

Correo Electrónico: