



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y ComunicacionesViceministerio
de TransportesProvias
Descentralizado"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
ADQUISICIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL Y ARTICULOS DE
LIMPIEZA PARA USO DEL PERSONAL DE LA UNIDAD ZONAL DE AREQUIPA -
PROVIAS DESCENTRALIZADO

1. ÁREA QUE REALIZA LA ADQUISICIÓN

UNIDAD ZONAL AREQUIPA DE PROVIAS DESCENTRALIZADO

2. OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

Adquisición de equipos de protección personal, para el personal de alto, mediano y bajo riesgo, para prever y mitigar el contagio de enfermedades en el desarrollo de sus actividades al ponerse en riesgo de contagio de cualquier microbio o virus, a fin de cumplir con la aplicación de la "Guía para la prevención ante el CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL ÁMBITO LABORAL" aprobada mediante Resolución Ministerial No 055-2020-TR, Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA.

3. FINALIDAD PUBLICA

La Unidad Zonal Arequipa - PROVIAS DESCENTRALIZADO tiene la necesidad de velar por la salud de los colaboradores en sus instalaciones, que permita el desarrollo de las actividades del personal en un ambiente en buenas condiciones de salubridad. Por ello se requiere dotar al personal de la protección sanitaria necesaria a través de respiradores para el personal de mediano y bajo riesgo, según la actividad que desarrollen y mascarillas simples y comunitarias para el personal de mediano y bajo riesgo en condiciones normales, por un número de EPP estimado al mes de diciembre de 2020 y de ser el caso, cubrir los primeros meses del próximo año, y así reducir el riesgo de la diseminación del virus al personal en las oficinas de Provias Descentralizado.

4. DESCRIPCIÓN DE LA ADQUISICIÓN**4.1 EQUIPOS DE PROTECCION PEERSONAL**

N° ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CONTENIDO	CANT.	UNID. MED.
1	MASCARILLAS QUIRÚRGICAS DESCARTABLES 3 PLEGUES	CAJA POR 50 UNIDADES	8	CAJA
2	RESPIRADORES N95 O FFP2 QUIRUGICOS	UNIDADES	80	UNIDAD
3	PROTECTOR FACIAL ACRÍLICO (TIPO CASCO) C/FICHA TECNICA	UNIDAD	6	UNIDAD
4	PROTECTOR FACIAL ACRÍLICO	UNIDAD	1	UNIDAD
5	GUANTES DE NITRILO, CON LATEX EN LA PALMA C/ CERTIFICADO	PAR	10	PAR



PERÚ

Ministerio de Transportes y Comunicaciones

Viceministerio de Transportes

Provias Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

6	GUANTES DE NITRILO CERTIFICADOS	CAJA X 50 UNIDADES	5	CAJA
7	PROTECTOR ACRILICO PARA ESCRITORIO 1.20 M. X 1M CON BASE ALUMINIO	UNIDAD	1	UNIDAD

4.2 ARTICULOS DE LIMPIEZA

N° ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CONTENIDO	CANT.	UNID. MED.
1	ALCOHOL 70° LÍQUIDO	BOTELLA DE ALCOHOL LÍQUIDO X LITRO C/ R.S.	48	LITRO
2	ALCOHOL 70° GEL ANTIBACTERIAL CON DISPENSADOR	BOTELLA DE ALCOHOL GEL X LITRO	32	LITRO
3	ALCOHOL ISOPROPILICO C/ R.S.	GALON DE 3.8 LT.	17	GALÓN
4	PAÑOS MICROFIBRA DE LIMPIEZA	UNIDADES	56	UNIDAD
5	TRAJE PROTECTOR	TELA TASLA IMPERMEABLE	11	UNIDAD



5. DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BIEN

5.1 Equipos de protección personal

5.1.1 Mascarilla Quirúrgica

De acuerdo a los lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo a exposición del COVID 19 aprobados mediante Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA y modificatorias.

- Se debe entender como mascarilla quirúrgica:



6.1.12 Mascarilla quirúrgica: Equipo de protección para evitar la diseminación de microorganismos normalmente presentes en la boca, nariz o garganta y evitar así la contaminación.

Características:



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

MATERIALES:

- . Tela no tejida de alta eficiencia para la filtración bacteriana, tres capas protectoras, inodoro, libre de pelusas.
- Amarras de tela no tejida u orejera.
- Condición biológica: Aséptica, atóxico e hipoalergénico.

CARACTERÍSTICAS:

- De tres (3) pliegues como mínimo y cuatro (4) amarras u orejeras.
- . Debe tener una barra moldeable en el borde superior de la mascarilla, de adaptación anatómica a la nariz la misma que debe estar protegida para no lesionar la piel, ni producir incomodidad al usuario.
- Doble hacia abajo con referencia a la barra moldeable del borde superior.
- Con una eficiencia de filtración mínima de 96%.
- No debe presentar materia extraña, pelusas, piezas faltantes.

DIMENSIONES: Estándar

ENVASE INMEDIATO:

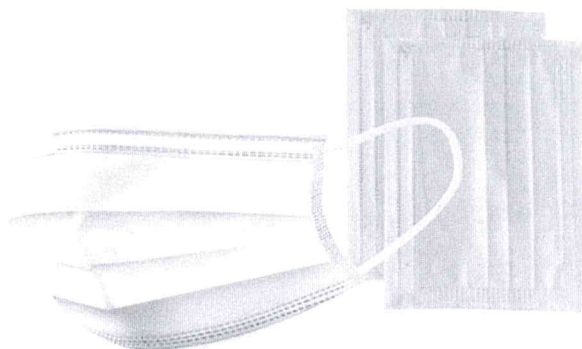
- . Envase Inmediato: De preferencia las mascarillas deberán estar embolsadas al vacío para evitar contaminación externa.
- Material: cartón u otro material equivalente
- Características:
 - Tipo caja u otro material equivalente.
 - Resistente a la manipulación, transporte y almacenaje.
 - Que garantice las propiedades físicas y biológicas del producto, de fácil y segura dispensación.

PRESENTACIÓN:

Caja de cartón u otro material equivalente, conteniendo hasta 50 mascarillas de bioseguridad descartable.

Referencia: ANEXO A, FICHAS TÉCNICAS TÉCNICAS DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS CENARES-MINSA.

Foto referencial





PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

5.1.2 Respirador

De acuerdo a los lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo a exposición del COVID 19 aprobados mediante Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatoria.

- Se debe entender como respirador: KN95

Características:

- Cintas elásticas: Elastómero color amarillo o blanco
- Clip nasal de fácil ajuste con almohadilla espumada interior.
- Espuma interna: Poliuretano.
- Elemento filtrante: Tela no tejida de polipropileno y poliéster.
- Peso Apróx.: 10gr.
- Color: Cualquiera
- Máscara antibacteriana de seguridad mascarilla sanitaria de cuatro capas gruesas
- Tipo respirador: KN95 .
- Sin filtro

Foto referencial



5.1.3 Guantes descartables de nitrilo

- Permite tener una alta sensibilidad táctil y muy buena destreza.
- Debe contar con un texturizado en las puntas de los dedos para mejorar su agarre en seco y en húmedo
- Hechos de material hipo alergénico
- látex natural
- Talla M (70), L (50), XL (23)





PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

- Puños de reborde
- Estándar Europeo EN 420:2003

Observación El proveedor deberá entregar la ficha técnica del equipo de seguridad.



5.1.4 Guantes Multiflex, con latex en la palma Certificados en 420:2003 + A1: 2009 en 388:2003



5.1.5 Protector facial Acrílico, tipo Casco

- Casquete, es decir la forma esférica que se acopla al cráneo.
- Visera. Protección frontal acrílico
- Ala. Protección trasera.
- Arnés que sirve para ajustar la pieza.



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

- Banda de cabeza para la sujeción.
- Banda de nuca para la sujeción.

Imagen referencial



5.1.6 Protector facial acrílico

- Visera, protección frontal de acrílico
- Ala protección trasera
- Arnes que sirve para ajustar la pieza.
- Banda de cabeza para la sujeción.
- Banda de nuca para la sujeción.

Imágenes referenciales

Foto referencial





PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

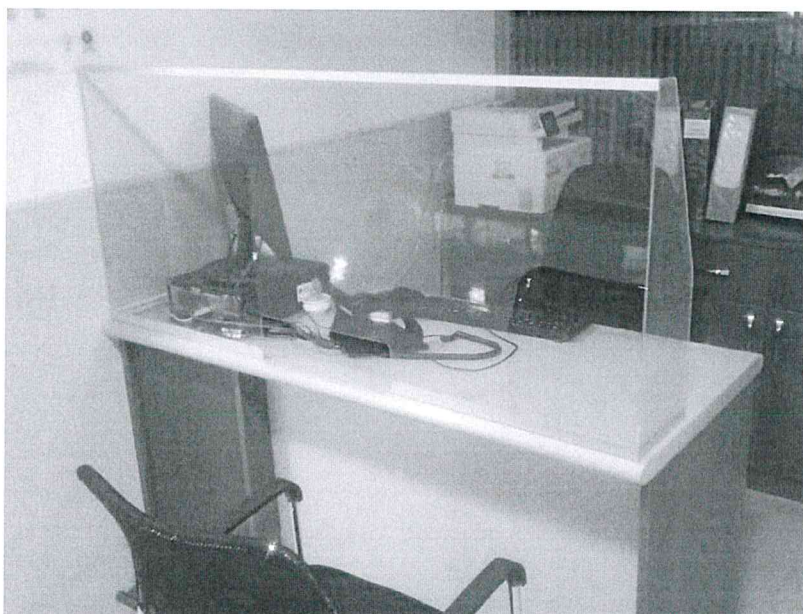
Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

5.1.7 Protector acrílico para escritorio

- Material: acrílico
- Medida: 1.20m largo
- 1.00 alto
- Base de aluminio
- Borde superior aluminio

Foto referencial



5.2 ARTICULOS DE LIMPIEZA

5.2.1 Alcohol líquido al 70% con R.S.

Características

- Debe contar con registro sanitario vigente
- Elimina/inactiva microorganismos dañinos
- Contenido mínimo de alcohol isopropílico al 70%
- Solución líquida
- Color incoloro
- No debe contener Triclosan o químicos reactivos
- Secado rápido

Foto referencial

Envase inmediato: Envase unitario frasco de politereftalato de etileno incoloro con taparosca, el





PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

mismo que asegura la conservación del producto

Forma de presentación: Frasco de politereftalato de etileno incoloro con dispensador por 1 litro (1000 mL) frasco x 1 Litro (1000 mL)

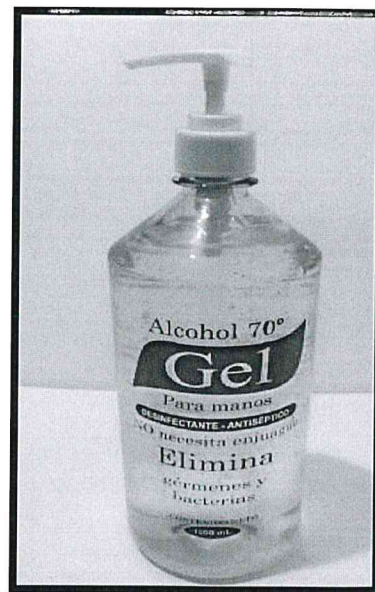
5.2.2 Alcohol gel antibacterial

- Debe contar con registro sanitario vigente.
- Elimina/inactiva microorganismos dañinos
- Contenido de alcohol isopropílico al 70%
- No debe contener Triclosan o químicos reactivos
- Secado rápido
- No debe tener textura jabonosa

Foto referencial

Envase inmediato: Envase unitario frasco de politereftalato de etileno incoloro con tapa dispensadora de polietileno de alta densidad, el mismo que asegura la conservación del producto

Forma de presentación: Frasco de politereftalato de etileno incoloro con dispensador por 1 litro (1000 mL) frasco x 1 Litro (1000 mL)



5.2.3 Alcohol Isopropílico R.S.

Alcohol limpiador, desinfectante y desengrasante de amplio rendimiento, alto grado de concentración, presentación de 3.80 litros por galón

Foto referencial





PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

5.2.3 Paños de limpieza

Características

- Paño de microfibra de alta calidad
- Sin pelusa sin efectos de mancha
- Un paño de medida de 25x20
- Lavable a máquina, secado al aire
- Colores variados
- Que tenga buena absorción de agua

Foto referencial



5.2.4 Traje de protección (mamelucos)

- Traje protector de Tasla impermeable con capucha.
- Tejido higroscópico y liviano. Composición 100% Polyester.
- Diversidad de colores. (Elija la opción)
- Densidad : 100 g /m2. WR.
- El material no se moja, repele las gotas de agua.
- Encogimiento Urdimbre: 0% Encogimiento Trama: 0% En tela tasla impermeable, tallas L, M, S

FOTO REFERENCIAL





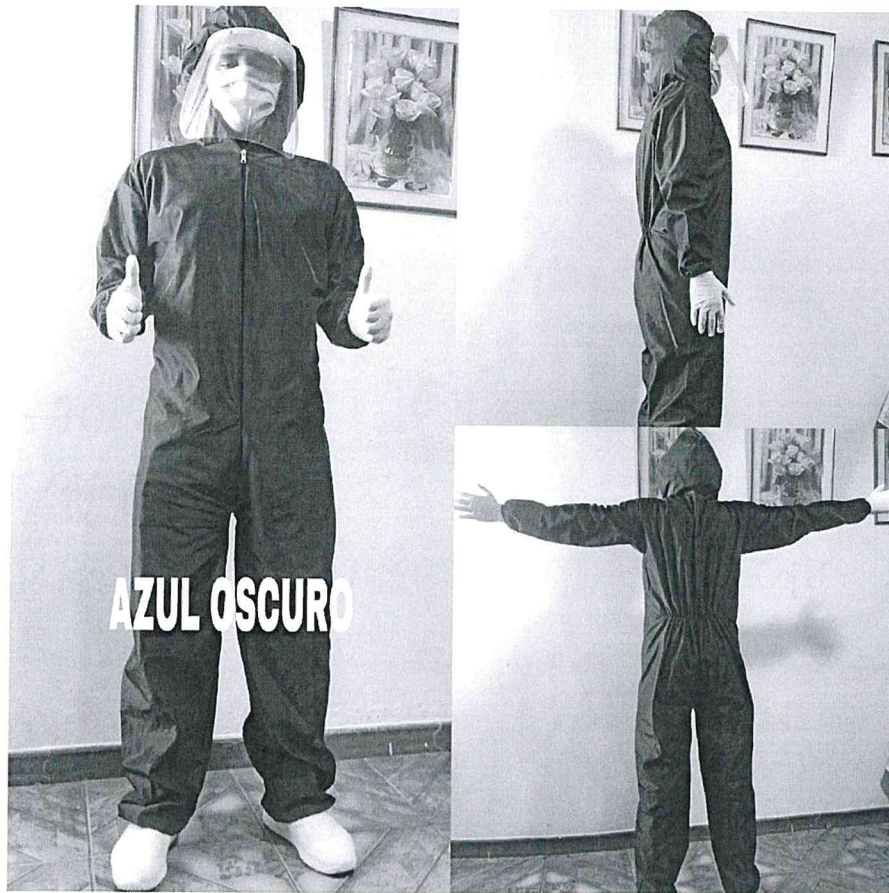
PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"



6. PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA

- Los bienes serán entregados en un periodo no mayor de dos (2) días calendarios contabilizados desde el día siguiente de notificada la orden de compra.
- La entrega se realizará en local de la UNIDAD ZONAL AREQUIPA - PROVIAS DESCENTRALIZADO sito en la calle los geranios N° 105, urb. Selva Alegre, Cercado - Arequipa, previa coordinación con la Administración de la Unidad Zonal, en el horario de 9:00 a 13:00 horas.
- Plazo máximo de entrega, dos (2) días calendario.



7. REQUISITOS DEL POSTOR

7.1 Del Postor

Capacidad Legal

- Copia simple de Registro Nacional de Proveedores (RNP) vigente
- Copia simple de Registro Único de Contribuyentes (activo y habido)

Jr. Camaná 678 – Pisos del 7 al 12 – Lima 01
Central Telefónica: (511) 514- 5300
www.proviasdes.gob.pe

EL PERÚ PRIMERO



PERÚ

Ministerio de Transportes y Comunicaciones

Viceministerio de Transportes

Provias Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

- No estar impedido de contratar con el estado.

7.2 Requisitos de Calificación:

Experiencia del postor en la especialidad

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 3,000.00 (tres mil con 00/100 soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante (1) año anterior a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.

Se considera similares a otros productos que brinden protección al personal que entra en contacto con otras personas que puedan contagiar el virus SARS-CoV-2 (conocido también como COVID-19).

La experiencia del postor se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con Boucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero, que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.



8. CONFORMIDAD DE LA RECEPCIÓN DEL BIEN

La conformidad será emitida por el área de Administración, en un plazo que no excederá de cinco (05) días calendario, previa recepción física del producto.

9. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

Suma Alzada

10. FORMA DE PAGO Y PENALIDAD

El pago se efectuará después de entregada la adquisición y otorgada la conformidad, en soles y de acuerdo al monto de la propuesta económica del postor adjudicado dentro del plazo de diez (10) días calendario de otorgada la conformidad del bien.

Si el contratista incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la adquisición, PROVIAS DESCENTRALIZADO le aplicará en todos los casos, una penalidad por cada día calendario de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al cinco por diez (10%) del monto de la adquisición. La penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:



Penalidad Diaria =	$\frac{0.10 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$
--------------------	--



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Dónde:

F= 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días en el caso de bienes y servicios.

Cuando llegue a cubrir el monto de la penalidad, PROVIAS DESCENTRALIZADO podrá resolver el contrato parcial o totalmente por incumplimiento mediante la remisión de Carta Notarial.

11. **GARANTÍA**

La garantía de los bienes será de un (01) año, contados a partir de la conformidad de la recepción de los bienes.

Responsabilizarse y/o cambiar los productos malogrados y/o deteriorados por el transporte o fabricación.

12. **NORMAS ANTICORRUPCIÓN**

El proveedor / contratista acepta expresamente que no llevara a cabo, acciones que están prohibidas por las leyes locales u otras leyes anti-corrupción. Sin limitar lo anterior, el proveedor / contratista se obliga a no efectuar ningún pago, ni ofrecerá ni transferirá algo de valor, a un establecido de manera que pudiese violar las leyes locales u otras leyes anti-corrupción, sin restricción alguna.

En forma especial, el proveedor / contratista declara con carácter de declaración jurada que no se encuentra inmerso en algún proceso de carácter penal vinculado a presuntos ilícitos penales contra el Estado Peruano, constituyendo su declaración, la firma del mismo en la Orden de Servicio u compra de la que estos términos de referencia o especificaciones técnicas de las que forman parte integrante.

13. **NORMAS ANTISOBORNO**

El proveedor, no debe ofrecer, negociar o efectuar, cualquier pago, objeto de valor o cualquier dádiva en general, o cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato, que pueda constituir un incumplimiento de la ley, tales como robo, fraude, cohecho o tráfico de influencias, directa o indirectamente, o a través de socios, integrantes de los

órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas, en concordancia o a lo establecido en el artículo 11 de la de la Ley de Contrataciones del Estado, Ley N° 30225, y el artículo 7° de su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

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, participantes, integrantes de los órganos de administración apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas en virtud a lo establecido en los artículos antes citados de la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

Asimismo, el Proveedor se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; así también en adoptar medidas técnicas, prácticas, a través de los canales



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provias
Descentralizado

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

dispuestos por la entidad.

14. OTRAS CONDICIONES

De presentarse hechos generadores de atraso, el proveedor puede solicitar ampliación de plazo dentro de los cinco (05) días calendario siguientes de finalizado el hecho generador del atraso o paralización, solicitud debidamente sustentada y que no es subsanable.

La entidad debe resolver dicha solicitud y notificar su decisión al contratista en el plazo de (10) días calendario

Cuando llegue a cubrir el monto de la penalidad, PROVIAS DESCENTRALIZADO podrá resolver el contrato parcial o totalmente por incumplimiento mediante la remisión de Carta Simple vía correo electrónico.

15. RESOLUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

Aplicará los procedimientos y normativa de la Ley de Contrataciones y su Reglamento.

Arequipa 16 de noviembre 2020



Arequipa, del 2020

Señores
PROVIAS DESCENTRALIZADO
Oficina de Administración de Provias Descentralizado

Presente. –

Es grato dirigirme a usted para hacer de su conocimiento que, en atención a su solicitud de cotización y luego de haber examinado los documentos proporcionados por la Entidad y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito presenta su oferta por el SERVICIO DE “.....”, de conformidad con los documentos y de acuerdo con los Términos de Referencia o Especificaciones Técnicas y demás condiciones que se indican en las mismas, mi propuesta económica es la siguiente:

➤ S/ _____ (_____ 00/10 SOLES).

La propuesta económica incluye todos los tributos, servicios, transportes, inspecciones, pruebas y de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar.

Adjunto a mi cotización los siguientes documentos:

- Declaración Jurada de no tener impedimento para contratar con el Estado debidamente firmada.
- Formato de la Carta de Autorización de Abono Directo en Cuenta (CCI)

La presente cotización tiene una validez de 30 días calendario,

Atentamente,

Nombres y Apellidos:

RUC:

Datos Adicionales

Dirección:

Teléfono:



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE ABONO DIRECTO EN CUENTA (CCI)

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Arequipa, del 2020

Señor(a):

MTC- PROVIAS DESCENTRALIZADO

Asunto: Autorización de abono directo en cuenta CCI que se detalla.

Por medio de la presente, comunico a usted, que la entidad bancaria, número de cuenta y el respectivo Código de Cuenta Interbancario (CCI) de la empresa que represento es la siguiente:

Empresa (o nombre):

- RUC:
- Entidad Bancaria:
- Número de Cuenta:
- Código CCI:
- Cuenta de Detracción N°:

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.

Asimismo, dejo constancia que la (Factura o Recibo de Honorarios o Boleta de Venta) a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Orden de Servicio con las prestaciones de bienes y/o servicios materia del contrato pertinente, quedara cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del abono en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente

.....
NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA



DECLARACIÓN JURADA

Yo, identificado con Documento Nacional de Identidad N° con domicilio en Distrito de de la Provincia y Departamento de, ante Usted,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No encontrarme impedido para ser participante, postor o Contratista, de conformidad con lo establecido en el artículo 11^{o1} de la Ley N° 30225 Ley de Contrataciones del Estado.
- Conocer, aceptar y someterme a las Bases, condiciones, procedimientos y especificaciones técnicas y/o términos de referencia del proceso.
- Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos del presente proceso.
- Que me comprometo a mantener la oferta presentada durante el proceso de contratación y a proveer los bienes o ejecutar el servicio, en caso de resultar favorecido con la Buena Pro.
- Conocer las sanciones contenidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Arequipa, del 2020

.....
NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA



¹Aplicación Supletoria de la Ley de Contrataciones del Estado.

DECLARACIÓN JURADA ANTISOBORNO

Yo, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, con Documento Nacional de Identidad N° XXXXXXXX, en adelante EL CONTRATISTA con RUC N° XXXXXXXXXXX, declaro lo siguiente:

EL CONTRATISTA no ha ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago, objeto de valor o cualquier dádiva en general, o cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato, que puedan constituir un incumplimiento a la ley, tales como robo, fraude, cohecho o tráfico de influencias, directa o indirectamente, o a través de socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas, en concordancia a lo establecido en el artículo 110 de la Ley de contrataciones del Estado - Ley N° 30225, y los artículos 248° y 248°-A de su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 350-2015-EF.

Asimismo, EL CONTRATISTA 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, en virtud a lo establecido en los artículos antes citados de la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento. Además, EL CONTRATISTA se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviere conocimiento; así también en adoptar medidas técnicas, organizacionales y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas, a través de los canales dispuestos por la entidad.

De la misma manera, EL CONTRATISTA es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución del contrato y las acciones civiles y/o penales que la entidad pueda accionar.

Arequipa, del 2020

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA



DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO

Yo, _____, identificado (a) con D.N.I. N° _____, declaro bajo juramento:

NO, tener relación de parentesco por consanguinidad, afinidad, vínculo conyugal o unión de hecho con personal de PROVIAS DESCENTRALIZADO.

SI, tener relación de parentesco por consanguinidad, afinidad, vínculo conyugal o unión de hecho con personal de PROVIAS DESCENTRALIZADO.

En caso de marcar la segunda alternativa (SI), detalle los datos de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal o unión de hecho, en PROVIAS DESCENTRALIZADO.

Nombre y Apellidos	
Cargo	
Grado de parentesco	

Nombre y Apellidos	
Cargo	
Grado de parentesco	

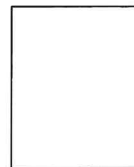
Esta declaración la realizo a fin de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley N° 26771 y la Resolución de Contraloría N° 123-2000-CG; así como con el Reglamento de Funcionamiento de los Órganos de control Institucional aprobado mediante Resolución de Contraloría N° 114-2003-CG

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el Art. 42° de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.

FIRMA

Teléfono: _____

Huella digital del contratado



Cuadro para determinar el grado de consanguinidad y/o afinidad

Grado	Grado Parentesco por Consanguinidad		Parentesco por afinidad	
	En línea recta	En línea colateral	En línea recta	En línea colateral
1ro	Padres/hijos		Suegros, yerno, nuera	
2do	Abuelos, nietos	Hermanos	Abuelos del cónyuge	Cuñados
3ro	Bisabuelos, bisnietos	Tíos, sobrinos.		
4to		Primos, sobrinos-nietos, tíos-abuelos.		

Nota: En caso oculte información y/o consigne información falsa será excluido del proceso de selección de personal; en caso de haberse producido la contratación deberá cesar por comisión de falta grave con arreglo a las normas vigentes sin perjuicio de la responsabilidad penal y/o administrativa en que hubiere incurrido (Art. 4 DS.017-96-PCM).

CARTA DE AUTORIZACION

Lima,

Señores:
PROVIAS DESCENTRALIZADO
Presente.-

Asunto : Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Ustedes que el número de CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) que consta de (20 números) es:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

PROVEEDOR:

--

(Indicar el nombre o razón social del proveedor titular de la cuenta)

RUC N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agradeciéndoles se sirvan disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonadas en la cuenta indicada, en NUEVOS SOLES del Banco:

--

(Nombre del Banco)

Asimismo, dejo constancia que la factura y/o Recibo a ser emitida por el suscrito (o 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 documento emitido a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.


Atentamente,



Firma Proveedor o Representante Legal

NOMBRE EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:.....

NOTA: EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO UNICAMENTE CON EL RUC

 PERÚ	Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Viceministerio de Transportes	Provias Descentralizado	Fecha: 18-abr-20	Formulado por: ORH Revisado por: OPP, OAJ, ST, OA Aprobado por: DE
				PROTOCOLO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ESENCIALES CULMINADO EL PERIODO DE AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO (CUARENTENA)	

<h3>Ficha de sintomatología COVID-19</h3> <h3>Para Regreso al Trabajo</h3> <h3>Declaración Jurada</h3>																			
He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.																			
Empresa o Entidad Pública:	RUC:																		
Apellidos y nombres																			
Área de trabajo	DNI																		
Dirección	Número (celular)																		
En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 50px;"></th> <th style="width: 50px;">SI</th> <th style="width: 50px;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sensación de alza térmica o fiebre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Tos, estornudos o dificultad para respirar</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Expectoración o flema amarilla o verdosa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	1. Sensación de alza térmica o fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Tos, estornudos o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Expectoración o flema amarilla o verdosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO																	
1. Sensación de alza térmica o fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
5. Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.																			
Fecha: / /	Firma																		



 PERÚ	Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Viceministerio de Transportes	Provias Descentralizado	Fecha: 18-may-20	Formulado por: ORH Revisado por: OPP, OAJ, ST, OA Aprobado por: DE
				“PROTOCOLO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE PROVIAS DESCENTRALIZADO PARA PREVENIR EL CONTAGIO DEL COVID-19”	

**ANEXO C
DECLARACIÓN JURADA**

Yo,, identificado con DNI N°, con cargo/puesto..... en el órgano área (según corresponda).....; declaro bajo juramento¹,

I. Que me encuentro inmerso/a dentro del factor de riesgo, por presentar:

Algunas de las siguientes enfermedades diagnosticadas:

- Hipertensión arterial no controlada ()
- Diabetes mellitus ()
- Enfermedades cardiovasculares graves ()
- Cáncer ()
- Obesidad con IMC de 40 a más ()
- Asma moderada o grave ()
- Enfermedad pulmonar crónica ()
- Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis ()
- Enfermedad o tratamiento inmunosupresor ()

El personal deberá adjuntar el último tratamiento de forma obligatoria.

Factor de riesgo por ser:

- Gestante ()
(Previa evaluación y recomendación de médico tratante)

Factor de riesgo por:

- Edad (mayor a 65 años) ()

II. Que NO presento ningún factor de riesgo señalado en el numeral anterior

(Marcar con un aspa, en caso corresponda)

Arequipa..... de de 2020

Nombre del colaborador

DNI:

Celular:	
Dirección:	

¹NOTA: En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

