



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

DECLARACIÓN JURADA ANTISOBORNO

Yo, (Representante Legal
.....); con Documento Nacional de Identidad N°.....,
en representación de..... en adelante el Contratista con RUC N°
..... 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, participacioncitas, 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.

Lima,..... de.....del 2020

Nombre, firma y sello del solicitante o Rep. Legal de la empresa



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de la Universalización de la Salud"

Lima, de de 2020

Señores



PROVIAS DESCENTRALIZADO
Oficina de Administración de Provias Descentralizado

Presente.-

Es un honor 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:



SI. XXXXXXXX (XXXXXXXXXXXXX).



La propuesta económica incluye todos los tributos, servicios, 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:.....

Importante: En caso de emitir recibos de honorarios, indicar en la carta de presentación, si se encuentra exonerado del impuesto a la renta adjuntando el certificado de Exoneración el Impuesto a la Renta; caso contrario, indicar en la misma la autorización para el descuento de dicho impuesto.



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE ABONO DIRECTO EN CUENTA (CCI)

CARTA DE AUTORIZACIÓN



Lima, de del 2020

Señor(a):

CP. LILIAN SAIDA GAGO TELLO
Jefe de la Oficina de Administración
MTC- PROVÍAS 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 ESTA 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



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

DECLARACIÓN JURADA



Yo,....., Identificado con Documento Nacional de Identidad N°....., con domicilio en , del Distrito de de la Provincia y Departamento de....., ante usted



DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No contar con familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad que presten servicios a PROVIAS DESCENTRALIZADO, bajo cualquier modalidad.
- No encontrarme impedido para ser participante, postor o Contratista, de conformidad con lo establecido en el artículo 11º 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.



Lima,..... de De 2020



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

DECLARACION JURADA DE PARENTESCO

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



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

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



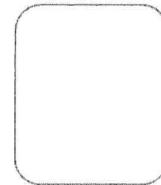
Nombre y Apellidos	
Cargo	
Grado de Parentesco	

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

Huella digital del contratado

Teléfono:

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)



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Viceministerio
de Transportes

Provincias
Descentralizado

Términos de Referencia

Instructivo N° 004-2017-MTC/21

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"



REQUISITOS MINIMOS DEL POSTOR

EL POSTOR DEBERA ADJUNTAR:

- CV DOCUMENTADO
- COPIA DE DNI
- RNP VIGENTE
- FICHA RUC
- ANEXOS DEBIDAMENTE LLENADOS
- RETENCION DE CUARTA CATEGORIA DE SER EL CASO