

**ANEXO I**

**DECLARACION JURADA DE CUMPLIMIENTOS DE REQUISITOS**

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION EVALUADORA PERMANENTE**

**Presente.-**

Referencia: **“ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA” O “CONCESIÓN DE ESPACIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ..... EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL DE VENTANILLA”.**

**De mi consideración:**

*Por medio de la presente . .....*

*Con RUC N°..... y domicilio en.....,*

*Debidamente representado por .....identificado con*

*N° de DNI....., declaro que cumplo con los requisitos exigidos en las Bases Administrativas para la participación en el presente concurso.*

*Sin otro particular quedamos de Usted.*

-----  
**Representante Legal**

**N° DNI.....**

**ANEXO II**

**SOLICITUD DE REGISTRO EN EL PROCESO**

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION EVALUADORA PERMANENTE**

**Presente.-**

Referencia: **“ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA” O “CONCESIÓN DE ESPACIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ..... EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL DE VENTANILLA”.**

**De mi consideración:**

*Por medio de la presente. ....*

*Con RUC N°..... y domicilio en.....,*

*Debidamente representado por .....identificado con*

*N° de DNI....., declaro mi firme interés de participar en el presente concurso privado por lo que solicitamos nuestro registro.*

*Sin otro particular quedamos de Usted.*

-----  
**Representante Legal**

**N° DNI.....**

**ANEXO III**

**REQUERIMIENTO DE INFORMACION ADICIONAL**

**SEÑOR .....**

**Presente.-**

**Referencia: "ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA"**

***De mi consideración:***

*Por medio de la presente me dirijo a usted en atención al asunto de la referencia con la finalidad de informarle que a fin de realizar una completa y adecuada evaluación de su propuesta, re requiere en un plazo de 01 día hábil, presente la información adicional que se detalla a continuación:*

- A. ....
- B. ....
- C. ....
- D. ....

*Cabe indicar que de no cumplir dentro del plazo otorgado la información requerida, se procederá a rechazar la pretensión presentada.*

**Atentamente,**

-----  
**LA COMISIÓN EVALUADORA PERMANENTE**

**ANEXO IV**  
**FORMULACIÓN DE CONSULTAS**

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION EVALUADORA PERMANENTE**

**Presente.-**

Referencia: **“ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA”**

**De mi consideración:**

Por medio de la presente ..... con R.U.C.  
..... y domicilio en  
.....  
debidamente representado por ..... Identificado con N°  
de D.N.I. .... expongo las siguientes consultas sobre las Bases Administrativas.

- A. ....
- B. ....
- C. ....
- D. ....

**Atentamente,**

-----  
**Representante Legal**

**N° DNI.....**

**ANEXO V**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR IMPEDIDO PARA CONTRATAR CON EL ESTADO PERUANO**

Yo:

\_\_\_\_\_, identificado  
con Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_, domiciliado en  
\_\_\_\_\_.

sujetándome a lo dispuesto en el artículo 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, declaro bajo juramento:

- ✓ No estar inhabilitado para ejercer la función pública por sentencia judicial o por resolución del Congreso de la República ni por ninguna otra entidad pública.
- ✓ No haber sido inhabilitado para contratar con el Estado;
- ✓ No estar inmerso en causal de impedimento para el ejercicio de la función pública.

Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

D.N.I : \_\_\_\_\_

-----  
**FIRMA**

**ANEXO VI**

<b>REGISTRO DE PARTICIPANTES</b>	
	<b>“ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA”</b>

**EMPRESA:**

**REPRESENTANTE LEGAL:**

**D.N.I REPRESENTANTE LEGAL:**

**R.U.C. DE LA EMPRESA:**

**DOMICILIO LEGAL:**

**EMAIL:**

**TELÉFONO:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**AUTORIZO NO AUTORIZO**

al Sistema de Salud Municipal de Ventanilla a notificarme vía correo electrónico en cualquier estado del proceso.

**NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL REGISTRO:**

**D.N.I. DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL REGISTRO:**

---

**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

**Nº D.N.I.**

**ANEXO VII**  
**PROPUESTA ECONÓMICA**

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION EVALUADORA PERMANENTE**

**Presente.-**

Referencia: **“ASOCIACION EN PARTICIPACION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL DE VENTANILLA”**

**De mi consideración:**

Por medio de la presente ....., con R.U.C.  
..... y domicilio en  
.....  
debidamente representado por ..... Identificado con N°  
de D.N.I. .... declaro mi firme propósito de participar en el presente concurso  
privado, siendo mi propuesta económica la siguiente:

<b>TIPO DE CONTRATO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	
Asociación en Participación para la prestación de servicios de salud en la especialidad médica de .....	_____ %	EL ASOCIADO
	_____ %	EL ASOCIANTE

La propuesta económica incluye el porcentaje del monto bruto del resultado de las atenciones que se realicen mensualmente en la especialidad médica de..... en  
..... de Ventanilla.

**Atentamente,**

-----  
**Representante Legal**

**N° DNI.....**