

## Anexo N ° 06

### DECLARACION JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

DIRECTOR EJECUTIVO DE ADMINISTRACION

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS


Presente. -

De mi consideración:

La (El) que suscribe, en calidad de proveedor, identificada(o) con D.N.I. N ° 7 7 4 9 3 3 1 8, con RUC N ° **10774933188** Habilitado, y con domicilio real y procesal para todos sus efectos la Av. Tambopata con Jr. Libertad, Región **Madre de Dios**, Provincia y Distrito **Tambopata** y Luego de haber examinado las Especificaciones Técnicas y /o Términos de Referencia, declaró bajo juramento, lo siguiente:

1. Haber leído y tomado pleno conocimiento de las condiciones y sanciones contenidas en la Ley N ° 32069, Ley General de Contrataciones Publicas, regulada por el Organismo Especializado en Contrataciones Públicas Eficientes (OECE).
2. Cumpro con los requisitos y condiciones establecidas en los términos de referencia y especificaciones técnicas de la presente contratación o adquisición.
3. No tener impedimento para contratar con el Estado.
4. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento para efectos de la contratación o adquisición.
5. Me comprometo a mantener mi oferta durante la contratación hasta perfeccionar el contrato (Orden de Compra /Servicio) en caso de resultar adjudicado.
6. Cumpliré con la reserva confidencial de información que pueda acceder en cumplimiento de la prestación del bien o servicio contratado.
7. No tener dentro de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios, directivos, servidores públicos y/o personal de confianza, dentro del marco de la Ley N ° 26771 y su modificatoria y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N ° 021-2000-PCM, modificado por el Decreto Supremo N ° 034-2015-PCM; de ser afirmativo detallar: Apellidos y Nombres - Grado de Parentesco o vínculo conyugal y Oficina donde labora.
8. Conozco las sanciones contenidas en las normas correspondientes a los actos de Nepotismo Vigentes.
9. Soy responsable de cualquier daño material o económico que pueda causar a la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios o a terceros en el desarrollo de mis actividades, durante la contratación.

Puerto Maldonado, noviembre de 2025

  
.....  
(Firma) del Proveedor o Representante Legal

Nombre: Alberto Peña Mondragon

DNI N ° 77493318

RUC N ° 10774933188

**Anexo N ° 07**

**CARTA DE AUTORIZACION  
PARA DEPOSITO EN CUENTA (CCI)**

**Señor:**

**Director Ejecutivo de Administración  
Dirección Regional de Salud de Madre de Dios**

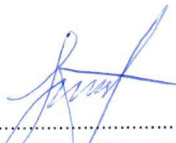
**Presente. -**

**Asunto:** Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a usted, que mi Código de Cuenta Interbancaria (CCI) es el N° **00248511089088706317**, agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a nombre de **Alberto Peña Mondragon**, sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco **BCP**.

Así mismo, dejo constancia que el comprobante de pago (consignar el que corresponda: Recibo por **honorarios/factura**) a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra u Orden de Servicio o las prestaciones en bienes o servicios materia del contrato quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe del referido comprobante de pago a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,



.....  
(Firma) del Proveedor o Representante Legal  
Nombre: Alberto Peña Mondragon  
DNI N° 77493318  
RUC N° 10774933188

# PACTO DE INTEGRIDAD

## DIRECCION REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS

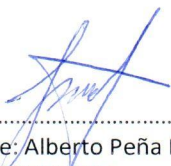
Declaro **BAJO JURAMENTO**, que la empresa o persona natural Alberto Peña Mondragon, identificado con RUC N °10774933188, con domicilio en la Av. Tambopata con Jr. Libertad, distrito de **Tambopata**, provincia **Tambopata** y departamento de **Madre de Dios**

Se comprometo a cumplir el pacto de integridad o compromiso de no soborno (anticorrupción), el cual incluye lo siguiente:

- a) No haber ofrecido ni otorgado, ni ofrecerá u otorgará, ya sea directa o indirectamente a través de terceros, ningún pago o beneficio indebido o cualquier otra ventaja inadecuada, a funcionario público alguno, o a sus familiares o socios comerciales, a fin de obtener o mantener el contrato objeto de curso.
- b) Declaro no haber celebrado o celebrar acuerdos formales o tácitos, entre los postores o con terceros, con el fin de establecer prácticas restrictivas de la libre competencia.
- c) Me comprometo a evitar la extorsión y la aceptación de sobornos por parte de sus funcionarios.
- d) El incumplimiento del pacto de integridad generara:
  - La inhabilitación para contratar con el Estado, sin perjuicio de las responsabilidades emergentes.

En señal de la conformidad se firma, en la ciudad de Puerto Maldonado, a los 27 días del mes noviembre del 2025.

Atentamente,



Nombre: Alberto Peña Mondragon  
DNI N ° 77493318