

FORMULARIO N° 1

DECLARACION JURADA

Señores:

Programa de Inversión Creación de Redes Integradas de Salud- PCRIS

Presente. -

Asunto: Remite Expresión de Interés

Referencia: **CONTRATACIÓN DE FIRMA CONSULTORA PARA: "ELABORAR EL ESTUDIO ACTUARIAL DE LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS Y PLANES COMPLEMENTARIOS), PRESTACIONES DE SALUD Y ADMINISTRATIVAS PARA LOS AFILIADOS DEL SIS"**

Estimados señores:

Habiendo tomado conocimiento de la Invitación a presentar Expresiones de Interés, adjunto a la presente la información solicitada en idioma español, expresando nuestro interés en participar en el proceso de selección a ser convocado por ustedes: **CONTRATACIÓN DE FIRMA CONSULTORA PARA: "ELABORAR EL ESTUDIO ACTUARIAL DE LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS Y PLANES COMPLEMENTARIOS), PRESTACIONES DE SALUD Y ADMINISTRATIVAS PARA LOS AFILIADOS DEL SIS"**.

Al respecto, confirmamos que hemos tomado conocimiento del Aviso de Expresión de Interés publicado, manifestando por medio del presente nuestro interés con conocimiento, en términos generales, del servicio a realizar y del período en que nuestra firma debería estar disponible en caso seamos convocados y seleccionados.

Mediante la presente y con carácter de declaración jurada, expresamos que nuestra firma *[indicar el nombre de la firma a la que representan]*, es responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para efectos de la elaboración de la Lista Corta.

De ser contratado y de verificarse que la información proporcionada es falsa acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de aplicarse las sanciones legales que me correspondan.

Igualmente, aseveramos que nuestra firma no tiene en trámite ni se ha declarado su disolución o quiebra.

Nombre, Firma y sello del Representante Legal de la firma¹
(Documento de identidad / Carné de Extranjería de ser el caso)

¹ En caso de Consorcio o APCA, cada firma deberá presentar este formulario

FORMULARIO N° 2

DATOS DE LA FIRMA

1. NOMBRE COMPLETO o RAZON SOCIAL:	
2. DOMICILIO LEGAL: (*)	
3. CIUDAD:	
4. NACIONALIDAD DE LA FIRMA:	
5. DIRECCION ELECTRONICA:	
6. TELEFONO:	
7. NOMBRE COMPLETO DE SOCIOS Y % DE PARTICIPACIÓN:	
8. FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA FIRMA:	
9. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:	
10. NOMBRE DE PERSONA DE CONTACTO:	
11. TELEFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO:	
12. DIRECCIÓN ELECTRONICA DE LA PERSONA DE CONTACTO:	
13. TIPO DE ORGANIZACIÓN: • Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> • Organización no Gubernamental <input type="checkbox"/> • Sociedad Anónima Cerrada <input type="checkbox"/> • Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____ • Sociedad de Responsabilidad Limitada <input type="checkbox"/>	
14. REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES – N° RUC (NACIONAL) O DOCUMENTO SIMILAR (EXTRANJERO):	

(*) En el Perú y de ser el caso en su país de origen

Declaro bajo juramento que toda información aquí consignada es veraz.

(Firma y Nombre y sello del Representante Legal de la firma)
(D.N.I. N° /Carné de Extranjería de ser el caso)

NOTA: En caso de Consorcio o APCA, cada firma deberá presentar este formulario

FORMULARIO N°3

EXPERIENCIA GENERAL DE LA FIRMA

NOMBRE DE LA FIRMA:

Experiencia general, que en los últimos 10 años debe haber realizado por los menos 05 estudios y proyecciones financieras en instituciones públicas o privadas.

No.	Nombre de la Entidad o Empresa Contratante / País	Contacto / Cargo / e-mail /Teléfono	Objeto del Contrato Descripción del trabajo realizado	Fecha de Inicio (*) (Mes/ Año)	Fecha de Culminación (**) (Mes/ Año)	Plazo de Ejecución del Servicio (meses)	Monto Facturado (S/)	Monto Facturado (US\$)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
TOTALES.....								

(*) Se considera la fecha de inicio establecida en el contrato

(**) Se considera la fecha de conformidad del servicio prestado

Notas:

- Los participantes podrán incluir las filas y/o campos que consideren necesarias
- **En caso de consorcios o APCA**, cada empresa consorciada por separado deberá llenar este cuadro.

Declaro bajo juramento que toda información aquí consignada es veraz.

(Firma y Nombre del Representante Legal de la Firma o Consorcio)
(D.N.I. / N° Carné de Extranjería de ser el caso)

FORMULARIO N°4

EXPERIENCIA ESPECÍFICA

NOMBRE DE LA FIRMA: _____

En los últimos 5 años debe haber realizado por lo menos 2 estudios financieros actuariales en salud o en seguridad social.

No.	Nombre de la Entidad o Empresa Contratante / País	Contacto / Cargo / e-mail /Teléfono	Objeto del Contrato Descripción del trabajo realizado	Fecha de Inicio (*) (Mes/ Año)	Fecha de Culminación (**) (Mes/ Año)	Plazo de Ejecución del Servicio (meses)	Monto Facturado (S/)	Monto Facturado (US\$)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
TOTALES.....								

(*) Se considera la fecha de inicio establecida en el contrato

(**) Se considera la fecha de conformidad del servicio prestado

Notas:

- Los participantes podrán incluir las filas y/o campos que sean necesarios
- **En caso de consorcios o APCA,** cada empresa consorciada por separado deberá llenar este cuadro.

Declaro que la información aquí proporcionada es veraz y, en caso necesario, autorizo su investigación. De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de aplicarse las sanciones legales que me correspondan.

Fecha: _____

(Firma y Nombre del Representante Legal de la Firma o Consorcio)
(D.N.I. / N° Carné de Extranjería de ser el caso)

FORMULARIO N° 5

CARTA DE COMPROMISO DE CONSORCIO O ASOCIACIÓN TEMPORAL (APCA)

Señores:

Programa de Inversión Creación de Redes Integradas de Salud- PCRIS

Presente

Referencia: Compromiso de suscribir Contrato de Consorcio: **"CONTRATACIÓN DE FIRMA CONSULTORA PARA: ELABORAR EL ESTUDIO ACTUARIAL DE LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS Y PLANES COMPLEMENTARIOS), PRESTACIONES DE SALUD Y ADMINISTRATIVAS PARA LOS AFILIADOS DEL SIS"**

Estimados señores:

Por la presente, los abajo suscritos representantes legales de _____ (firma "A"), _____ (firma "B") y _____ (firma "C") (según corresponda) expresamente manifestamos de nuestra libre voluntad que, de ser considerados en la lista corta y de ser adjudicados, suscribiremos el contrato de consorcio protocolizado ante Notario Público, que tendrá las siguientes características:

1. Será conformada por las siguientes firmas consultoras, con el porcentaje de participación señalado:

A) _____ (nombre de la firma) (% de participación)
B) _____ (nombre de la firma) (% de participación)
C) _____ (nombre de la firma) (% de participación)
2. La carta de compromiso tendrá vigencia desde la fecha de su presentación, hasta la conformidad del servicio de la consultoría que expedirá para ese fin el proyecto.
3. Designamos como firma líder a: _____ (señalar nombre de la firma líder del consorcio).

La responsabilidad y obligaciones que asumimos al presentar la propuesta y la que asumiremos al concluir el servicio, es ilimitada y solidaria frente al proyecto.

- 1) _____
(Firma y Nombre del Representante Legal de la firma)
(D.N.I.Nº /Carné de Extranjería de ser el caso) (Firma A).
- 2) _____
(Firma y Nombre del Representante Legal de la firma)
(D.N.I.Nº /Carné de Extranjería de ser el caso) (Firma B).
- 3) _____
(Firma y Nombre del Representante Legal de la firma)
(D.N.I.Nº /Carné de Extranjería de ser el caso) (Firma C)