

COMUNICADO N° 0106 – 2025
(AMPLIACIÓN DEL COMUNICADO N° 0062-2025)

SE COMUNICA AL PUBLICO EN GENERAL QUE LA UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR, REALIZA LA CONVOCATORIA DE LOCACION DE SERVICIOS DE **QUIMICO FARMACEUTICO** PARA:

• **MENTAL COMUNITARIO MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR**

DE LA U.E 401 SCCE, POR LO CUAL LOS INTERESADOS DEBERAN PRESENTAR DE MANERA FÍSICA EN SOBRE CERRADO MEDIANTE MESA DE PARTES DE LA U.E 401 SCEE (EN SOBRE CERRADO); O DE MANERA VIRTUAL AL CORREO ELECTRONICO logistica@redsaludcce.gob.pe, CUYA PROPUESTA (COTIZACION, CURRICULUM VITAE DOCUMENTADO, DECLARACIONES JURADAS, CARTA DE AUTORIZACIÓN CCI Y DEMAS DOCUMENTOS SOLICITADOS EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA); DEBERÁN SER PRESENTADOS CORRECTAMENTE ESCANEADOS, NÍTIDOS, Y CON LETRAS LEGIBLES.

CON EL SIGUIENTE CRONOGRAMA

- | | |
|----------------------------------|------------|
| - PUBLICACION DE LA CONVOCATORIA | 17/03/2025 |
| - PRESENTACION DE PROPUESTAS | 18/03/2025 |



“AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA”

**TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR
LOCACION DE SERVICIOS PARA EL SERVICIO DE FARMACIA DE QUIMICO
FARMACEUTICO EN EL MENTAL COMUNITARIO MUSUQ KAWSAY DE ESPINAR**

1. Área Usuaria solicitante y a que Unidad Ejecutora pertenece

SISMED Ejecutora: 401 Salud Canas Canchis Espinar.

2. Denominación de la contratación:

Contratación de Servicios por Locación de Servicios de Químico Farmacéutico en el Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar.

- Objetivo de la Contratación:

Contrato de (01) Químico Farmacéutico para que realice el servicio de farmacia en el mental comunitario musuq kawsay de espinar.

- Finalidad Pública:

Es la atención en el mental comunitario Musuq Kawsay de Espinar, a través de la evaluación y diagnóstico, Tratamiento farmacológico en diferentes etapas de vida, tratamiento de casos de trastornos afectivos (depresión, ansiedad y conductas suicidas), problemas por el consumo de alcohol, y el desarrollo de trastornos mentales graves (psicosis, esquizofrenia), para lo cual es de vital importancia poder contar con un profesional químico farmacéutico que realice el servicio de recepción, entrega y control de medicamentos que son complementarios para el trabajo de recuperación de las personas usuarias afiliadas al SIS que son usuarios del mental comunitario de espinar, con el fin de lograr la reinserción a la sociedad. Todo esto en cumplimiento de la reforma de la ley de salud mental Ley N°30947.

3. Términos de Referencia:

Actividades del Químico Farmacéutico (por entregable):

- Recepción de la prescripción de productos farmacéuticos – 200 recetas promedio.
- Retroalimentación de la administración de los productos farmacéuticos 200 en promedio.
- Visitas domiciliarias a pacientes crónicos para la administración de productos farmacéuticos (10).
- Manejo del Software del SISMED para descargo de las recetas mensualmente
- Elaboración del ICI, IME, requerimiento de productos farmacéuticos
- Cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y dispensación de productos farmacéuticos, insumos médicos y productos sanitarios





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

“AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA”

4.- PERFIL DEL LOCADOR

a) Requisitos Mínimos

1. **Formación Académica:** Título Profesional de Químico Farmacéutico.
2. Constancia de habilitación Vigente 2025.
3. Resolución de Termino de Serums.
4. **Experiencia:** Experiencia mínima de 02 años en Entidades Públicas o Privadas, en Almacén de Productos Farmacéuticos Autorizados* ejerciendo funciones inherentes a su profesión. (Incluido SERUMS).
5. Constancia del Manejo del SISMED.
6. RUC activo y habido.
7. Registro Nacional de Proveedores (RNP)

*CONSTANCIA DE DMID DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO

5.-LUGAR Y PLAZAO DE PRESTACION DE SERVICIO

LUGAR DE PRESTACION	PERIDO DE EJECUCION
Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar	3 ENTREGABLES

6.- PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO.

El plazo de ejecución del servicio será en tres entregables:

- Primer entregable: Hasta los 25 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.
- Segundo Entregable: Hasta los 50 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato
- Tercer Entregable: Hasta los 75 días calendarios a partir del día siguiente de la suscripción del contrato

7.- CONFORMIDAD

La conformidad será otorgada por el responsable del SISMED de la U.E: 401 RSCCE.





SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

"Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo"

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

8.-CONFIDENCIALIDAD:

El contratista deberá dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la entidad, en materia de seguridad de información, dicha obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio.

Coordinación del Programa Presupuestal de Control y Prevención de la Salud Mental.
Previa presentación del informe de actividades del locador.

9.- FORMA DE PAGO

La entidad realizará el pago será por cada entregable a favor del contratista.

RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
SISMED



Q.F. Freddy Pimentel Frisancho
C.O.F.P. 91311



Gobierno Regional
CUSCO

Dirección
Regional de
Salud Cusco

U.E. 401 Red de Servicios de
Salud Canas Canchis Espinar

SISMED



SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

“AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA”

**CUADRO DE DISTRIBUCION
CENTRO DE COSTOS SISMED**

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD
	Mental Comunitario Musuq Kawsay de Espinar	03 ENTREGABLES

RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
SISMED

Q.E. Freddy Pimentel Frisancho
C.Q.F.P. 01311



“UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR”

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DECLARACIÓN JURADA

SEÑORES:

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

ATENCIÓN: UNIDAD DE LOGÍSTICA

YOCON DNI N°.....

REPRESENTANTE LEGAL DE.....(solo en caso de persona jurídica)

CON RUC N° DIRECCIÓN.....

TELÉFONO N° CORREO ELECTRÓNICO.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Mediante el presente escrito lo siguiente:

1. Que cumplo con lo solicitado por vuestra institución, en los términos de referencia / especificaciones técnicas adjuntos a la solicitud de cotización.
2. No tener impedimento para contratar con el estado, de acuerdo a lo señalado en todos los numerales del Artículo 11 de la Ley N° 30225, Reglamento y Modificaciones.
3. Conozco, acepto y me someto a las condiciones y procedimientos de la presente contratación; asimismo, declaro que cumplo con las condiciones y términos de referencia solicitados.
4. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento a efectos de la presente contratación.
5. Conozco y me someto a las sanciones contenidas en el Texto Único Ordenado de la ley N° 27444- Ley del procedimiento administrativo General Código Civil, entre otras que correspondan.
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 entidad parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segunda afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que sean funcionarios directivos, servidores públicos y/o personal de confianza.

Autorizo que se me Notifiquen al Correo Electrónico Indicado las siguientes actuaciones:

- a) Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
- b) Notificación de la orden de compra y/o servicio.
- c) Notificación de observaciones, aplicación de penalidades, resolución de orden de compra/contrato o cualquier otra comunicación con la entidad.

Así mismo, manifiesto ser responsable de la veracidad de la información presentada, sujeto a fiscalizaciones posteriores y acciones legales y penales en caso se verifique su falsedad.

Ciudad..... de de 2025.

.....
Firma y Sello del Proveedor, o de su Representante Legal



Gobierno Regional
CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud

Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

UNIDAD DE LOGISTICA



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

"Año de la recuperación y consolidación de la economía"

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Señor:

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN UE 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Presente. -

Asunto : Autorización para el pago con abono en cuenta

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número de CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) el cual consta de 20 dígitos 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°:

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente, para que los pagos sean abonados en la cuenta que corresponde al indicado CCI en el Banco:

NOMBRE DEL BANCO:

Asimismo, dejo constancia que el Recibo por Honorarios a ser emitido por el suscrito, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o de Servicio o las prestaciones en bienes y/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 de la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

Firma del proveedor o de su representante legal

Nota importante: El N° de CCI deberá estar **VINCULADO** con el N° del RUC del proveedor a efectos de proceder al pago.



Gobierno Regional
CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud

Red de Servicios
de Salud Canas
Canchis Espinar

UNIDAD DE
LOGISTICA



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DECLARACIÓN JURADA DE VINCULACION LABORAL

Yo, _____, Identificado (a) con DNI
N° _____, domiciliado(a) en _____, del
Departamento _____, Provincia _____, Distrito _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO*:

Que, no estoy vinculado/a laboralmente a otra entidad pública o privada, bajo ninguna modalidad que no me permita ejercer legalmente y físicamente el trabajo que se me asigne.

Que, estoy vinculado/a laboralmente a otra entidad pública o privada, comprometiéndome a presentar la carta de renuncia irrevocable, antes de la suscripción del contrato.

Soy personal médico y/o profesional de la salud con especialidad, y la cual me permite brindar mis servicios en dos instituciones del Estado.

(LEY N° 32145 DE REFORMA CONSTITUCIONAL DEL ARTÍCULO 40 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ PARA HABILITAR EL DOBLE EMPLEO O CARGO PÚBLICO REMUNERADO AL PERSONAL MÉDICO O ASISTENCIAL DE SALUD)

Manifiesto que lo mencionado corresponde a la verdad de hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso me sujeto a los alcances de lo establecido en el Art. 438° del Código Penal.

Adicionalmente, manifiesto que la contravención de lo declarado bajo juramento, será casual de descalificación y/o resolución de contrato.

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA:



HUELLA DACTILAR

* Marcar con una **X** en el recuadro según corresponda a su caso particular

